



KEMENTERIAN SEKRETARIAT NEGARA RI  
SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN



# Laporan *Baseline*

Program Percepatan Pencegahan *Stunting*  
2018-2024



**Laporan *Baseline***  
**Program Percepatan Pencegahan *Stunting***  
**2018-2024**

Laporan *Baseline* Program Percepatan Pencegahan *Stunting* 2018-2024

©Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, 2021

**Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia**  
**Tim Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*Stunting*)/TP2AK**

Gedung Grand Kebon Sirih, Lantai 15  
Jl. Kebon Sirih Raya No. 35 Jakarta Pusat 10340  
Telepon (021) 237 228  
Faksimili (021) 391 2511  
**[www.stunting.go.id](http://www.stunting.go.id)**

# KATA PENGANTAR

Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* atau Stranas *Stunting* diluncurkan Wakil Presiden pada 12 Juli 2017. Dokumen ini ditujukan untuk memperkuat dukungan politis dan kepemimpinan di tingkat nasional dan daerah, memperkuat penyelenggaraan kerangka kerja kebijakan multi-sektor, dan mendorong konvergensi program-program nasional, daerah, dan masyarakat. Dokumen Stranas merupakan acuan bagi semua pihak sehingga efektifitas pelaksanaan program percepatan pencegahan *stunting* dapat ditingkatkan melalui penguatan koordinasi dan konvergensi, baik di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, hingga desa/kelurahan.

Stranas *Stunting* 2018-2024 menetapkan kelompok sasaran prioritas, yaitu ibu hamil, ibu menyusui, dan anak usia 0-23 bulan atau keluarga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan intervensi prioritas dalam pencegahan *stunting* untuk setiap kelompok sasaran, baik intervensi spesifik maupun intervensi sensitif. Pada tataran implementasi, Stranas *Stunting* dilaksanakan di seluruh kabupaten/kota (514 kabupaten/kota) secara bertahap hingga tahun 2024.

Penyusunan Stranas *Stunting* dilatarbelakangi upaya pencegahan *stunting* yang dirasa masih belum optimal dan masih berjalan lambat. Sejak tahun 2007 sampai 2018, prevalensi *stunting* mengalami penurunan dari 36,8% menjadi 30,8% atau hanya sekitar 6% dalam waktu 11 tahun. Tantangan percepatan pencegahan *stunting* juga masih cukup besar. Program kesehatan (intervensi spesifik) belum memberikan kontribusi bermakna karena sejumlah faktor seperti prevalensi anemia ibu hamil dan proporsi risiko Kurang Energi Kronik (KEK) pada wanita usia subur (termasuk ibu hamil) tidak mengalami perbaikan, bahkan proporsinya mengalami kenaikan pada kelompok usia 15-24 tahun. Capaian intervensi lainnya, seperti ibu hamil yang memperoleh Pemberian Makanan Tambahan (PMT), proporsi ibu hamil yang memperoleh TTD (Tablet Tambah Darah), balita yang memperoleh PMT, dan cakupan ASI eksklusif juga masih tergolong rendah.

Laporan ini adalah laporan kondisi awal program (*baseline report*) yang diterbitkan untuk memberikan informasi kepada masyarakat tentang kondisi awal *stunting* dan faktor yang berpengaruh terhadap prevalensinya. Ini juga dapat berfungsi memberikan gambaran secara sederhana tentang konvergensi layanan dasar yang diperlukan oleh rumah tangga. Selain itu, laporan awal ini juga akan dijadikan dasar ketika dilakukan *midterm review* dan evaluasi akhir pelaksanaan program.

Jakarta,      Februari 2021

**Deputi Bidang Dukungan Kebijakan Pembangunan Manusia dan  
Pemerataan Pembangunan,**

Suprayoga Hadi

# DAFTAR ISI

Daftar Tabel  
Daftar Gambar  
Daftar Grafik  
Lampiran

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

**14**

**Latar Belakang**

**14**

## **BAB 2**

### **KERANGKA INTERVENSI PERCEPATAN PENCEGAHAN *STUNTING***

**18**

**Kerangka Konsep Percepatan Pencegahan *Stunting***

**18**

**Kerangka Hasil Percepatan Pencegahan *Stunting***

**20**

**Pelaksanaan Stranas di Kabupaten/Kota**

**29**

## **BAB 3**

### **KONDISI AWAL *INDICATOR OUTCOME***

**30**

**Prevalensi *Stunting* Balita dan Baduta**

**30**

**Jumlah Balita dan Baduta *Stunting***

**32**

**Jumlah Kabupaten/Kota Yang Berhasil Menurunkan**

**33**

**Prevalensi *Stunting* Setiap Tahun**

## **BAB 4**

### **KONDISI AWAL: INDIKATOR-INDIKATOR JANGKA MENENGAH (*INTERMEDIATE OUTCOME*)**

**34**

**Prevalensi Anemia**

**35**

Prevalensi Balita Diare

36

Prevalensi Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang

37

Cakupan ASI Eksklusif

38

Prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

39

Prevalensi Balita Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA)

40

## BAB 5

### KONDISI AWAL: CAKUPAN INTERVENSI DAN LAYANAN DASAR

42

#### Cakupan Layanan Intervensi Spesifik

43

Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) Mendapat Tambahan Asupan Gizi	43
Persentase Ibu Hamil yang Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Minimal 90 Tablet Selama Masa Kehamilan	45
Pemeriksaan Kehamilan	46
Pemberian MPASI Sesuai Rekomendasi Pada Baduta	46
Persentase Balita Gizi Buruk yang Menerima Tata laksana Gizi Buruk	47
Persentase Balita yang Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangannya Setiap Bulan	47
Persentase Balita Memperoleh Imunisasi	49
Persentase Balita Memperoleh Suplementasi Kapsul Vitamin A	50
Persentase Remaja Putri Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	51
Persentase Balita Kurus yang Mendapat Tambahan Asupan Gizi	52
Persentase Posyandu yang Memiliki Cakupan Pemantauan Pertumbuhan di Atas 80%	52

#### Cakupan Layanan Intervensi Sensitif

53

Penyediaan Akses Air Minum Layak Bagi Sasaran Prioritas	53
Penyediaan Akses Sanitasi (Air Limbah Domestik) yang Layak Bagi Sasaran Prioritas	54
Penyediaan Akses Jaminan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin Sasaran Prioritas	54
Penyediaan Akses Kepada Layanan Keluarga Berencana (KB) Pasca Persalinan	55
Penyediaan Akses Bantuan Tunai Bersyarat untuk Keluarga Miskin	55
Fasilitasi Pengarusutamaan Gender dan Perlindungan Anak Dalam Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>	56
Angka Partisipasi PAUD	56
Persentase Target Sasaran Komunikasi yang Memiliki Pemahaman yang Memadai Tentang <i>Stunting</i>	58



Peningkatan Konsumsi Ikan untuk Pemenuhan Gizi Keluarga Sasaran Prioritas Penurunan <i>Stunting</i>	58
Persentase Anak Umur 6-23 Bulan yang Mengonsumsi Pangan yang Cukup dan Beragam	59
Persentase Keluarga Sasaran Prioritas yang Miskin Mendapatkan Jaminan Gizi Dalam Bantuan Sosial Pangan	59
Jumlah Pasangan yang Mendapatkan Bimbingan Pra Nikah Dengan Materi Pencegahan <i>Stunting</i> , Paket Suplementasi Gizi, dan Imunisasi	60

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

**62**

# DAFTAR TABEL

<b>Tabel 2.1</b>	Indikator 5 Pilar dalam Strategi Nasional Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>	<b>23</b>
<b>Tabel 2.2</b>	Intervensi Spesifik dan Sensitif	<b>25</b>
<b>Tabel 2.3</b>	Indikator Intervensi Spesifik dan Sensitif	<b>27</b>
<b>Tabel 2.4</b>	Indikator Kinerja	<b>28</b>
<b>Tabel 3.1</b>	Prevalensi <i>Stunting</i> sesuai Karakteristik Tahun 2018	<b>31</b>
<b>Tabel 4.1</b>	Kondisi Indikator <i>Intermediate Outcome</i>	<b>34</b>
<b>Tabel 4.2</b>	Prevalensi Anemia pada Ibu Hamil sesuai Karakteristik Tahun 2018	<b>35</b>
<b>Tabel 4.3</b>	Prevalensi Diare pada Balita sesuai Karakteristik Tahun 2018	<b>36</b>
<b>Tabel 4.4</b>	Status Gizi Menurut BB/U untuk Balita sesuai Karakteristik	<b>38</b>
<b>Tabel 4.5</b>	Proporsi Baduta yang Hanya Menerima ASI dalam 24 Jam Terakhir	<b>39</b>
<b>Tabel 4.6</b>	Prevalensi BBLR sesuai Karakteristik	<b>40</b>
<b>Tabel 4.7</b>	Proporsi Balita yang Menderita ISPA sesuai Karakteristik	<b>41</b>
<b>Tabel 5.1</b>	Daftar Indikator Intervensi Spesifik dan Sensitif	<b>42</b>
<b>Tabel 5.2</b>	Persentase Balita yang Mengikuti PAUD	<b>56</b>

# DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1</b>	Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan <i>Stunting</i>	<b>18</b>
<b>Gambar 2.2</b>	Kerangka Hasil Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>	<b>20</b>
<b>Gambar 2.3</b>	Wilayah Prioritas Tahun 2018	<b>29</b>
<b>Gambar 3.2</b>	Prevalensi <i>Stunting</i> Tingkat Kabupaten/Kota Tahun 2018	<b>32</b>
<b>Gambar 5.1</b>	Proporsi Alasan Pemberian Makanan Tambahan untuk Ibu Hamil	<b>44</b>
<b>Gambar 5.2</b>	Hasil Survei Persepsi Masyarakat tentang <i>Stunting</i> tahun 2018	<b>57</b>

# DAFTAR GRAFIK

<b>Grafik 3.1</b>	Prevalensi <i>Stunting</i> Tahun 2018	<b>30</b>
<b>Grafik 4.1</b>	Prevalensi Diare Balita Tahun 2018	<b>36</b>
<b>Grafik 4.2</b>	Prevalensi Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang	<b>37</b>
<b>Grafik 4.3</b>	Prevalensi BBLR	<b>39</b>
<b>Grafik 4.4</b>	Prevalensi Balita yang Menderita ISPA	<b>41</b>
<b>Grafik 5.2</b>	Proporsi Ibu Hamil yang Minum TTD Minimal 90 Tablet	<b>45</b>
<b>Grafik 5.3</b>	Proporsi Pemeriksaan Kehamilan K1 dan K4 pada Perempuan Usia 10 -54 tahun	<b>46</b>
<b>Grafik 5.4</b>	Proporsi Anak Umur 6 – 59 Bulan Memperoleh PMT dan PMT Program Menurut Provinsi	<b>47</b>
<b>Grafik 5.5</b>	Persentase Balita yang Ditimbang dalam Satu Tahun Terakhir	<b>48</b>
<b>Grafik 5.6</b>	Persentase Balita yang Diukur Panjang/Tinggi dalam Satu Tahun Terakhir	<b>48</b>
<b>Grafik 5.7</b>	Proporsi Imunisasi Dasar Lengkap, 2018	<b>49</b>
<b>Grafik 5.8</b>	Proporsi Pemberian Kapsul Vitamin A	<b>50</b>
<b>Grafik 5.9</b>	Persentase Remaja Putri Mengonsumsi TTD $\geq$ 52 Butir	<b>51</b>
<b>Grafik 5.10</b>	Persentase Rumah Tangga dengan Air Minum Layak (2018)	<b>52</b>
<b>Grafik 5.11</b>	Persentase Rumah Tangga dengan Sanitasi Layak (2018)	<b>53</b>
<b>Grafik 5.12</b>	Angka Partisipasi Kasar PAUD (2018)	<b>55</b>
<b>Grafik 5.13</b>	Partisipasi Balita di PAUD (2018)	<b>56</b>
<b>Grafik 5.14</b>	Proporsi Konsumsi Beragam pada Balita	<b>58</b>



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### Latar Belakang

*Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak usia bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis, infeksi berulang, dan stimulasi psikososial yang tidak memadai terutama dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia dua tahun. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi dari rata-rata panjang/tinggi anak seumurnya menurut standar WHO (Kementerian Kesehatan, 2018).



Sejak tahun 2007 sampai 2013 upaya pencegahan dan penanggulangan *stunting* tidak menunjukkan hasil seperti yang diharapkan. Justru prevalensi *stunting* meningkat dari 36,8% menjadi 37,2%. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi balita *stunting* mengalami penurunan dari 37,2% pada 2013 menjadi 30,8% pada 2018. Prevalensi anak usia bawah dua tahun (baduta) *stunting* juga mengalami penurunan. Namun demikian, tantangan percepatan penurunan *stunting* masih cukup besar. Jika dicermati, program kesehatan (intervensi spesifik) belum memberikan kontribusi bermakna. Berdasarkan hasil Riskedas diketahui makin meningkatnya prevalensi anemia



ibu hamil dari 37,1% (2013) menjadi 48,9% (2018), proporsi risiko Kurang Energi Kronik (KEK) pada wanita usia subur (termasuk ibu hamil) tidak mengalami perbaikan, bahkan proporsinya mengalami kenaikan pada kelompok usia 15-24 tahun.

Dari sudut pandang intervensi yang diberikan, sebagai contoh, ibu hamil yang memperoleh Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dari program hanya sebesar 22,6% dari 25,2% ibu hamil yang mendapat PMT. Sejumlah 92% ibu hamil hanya mendapat 0-30 tablet dari 90 tablet yang seharusnya diterima, sementara yang memperoleh minimal 90 tablet (sesuai target program) hanya sebesar 2,1%. Atau dengan kata lain, efektifitas program hanya sebesar 2,1%.

Terkait intervensi untuk mengatasi anemia, proporsi ibu hamil yang memperoleh TTD (Tablet Tambah Darah) adalah 73,2%. Sejumlah 24% di antaranya mendapat minimal 90 tablet. Dari yang memperoleh minimal 90 tablet dan mengonsumsi minimal 90 tablet hanya 38,1%. Dengan kata lain, proporsi ibu hamil dari total ibu hamil yang mengonsumsi TTD sebanyak minimal 90 tablet sesuai dengan ketentuan program hanya 6,7%.

Sementara balita yang memperoleh PMT dari program hanya 23,9% (atau 58,3% dari 41% balita yang dapat PMT). Dan sebesar 97,1% hanya mendapat 0-30 tablet dari seharusnya 90 tablet. Balita yang memperoleh minimal 90 tablet berdasarkan standar tablet sesuai target program hanya 0,9%. Atau dengan kata lain, efektifitas program hanya 0,9%. Sebagai catatan, cakupan kapsul vitamin A balita dalam 12 bulan terakhir baru mencapai 53,5%. Contoh lain, cakupan ASI eksklusif hanya mencapai 37,3%. Cakupan inisiasi menyusui dini (IMD) pun baru mencapai 58,2%.

Berbagai program terkait pencegahan *stunting* sebenarnya sudah dilaksanakan oleh pemerintah, namun belum efektif dan belum terjadi dalam skala memadai. Kajian Bank Dunia dan Kementerian Kesehatan menemukan bahwa sebagian besar ibu hamil dan anak berusia di bawah dua tahun (baduta) tidak memiliki akses memadai terhadap layanan dasar. Padahal tumbuh kembang anak sangat tergantung pada akses terhadap intervensi gizi spesifik dan sensitif, terutama selama 1.000 HPK.

Beberapa kendala penyelenggaraan percepatan pencegahan *stunting* antara lain belum efektifnya program pencegahan *stunting*; belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif di semua tingkatan terkait dengan perencanaan dan penganggaran; penyelenggaraan; pemantauan dan evaluasi; masih minimnya advokasi; kampanye dan diseminasi terkait *stunting* dan berbagai upaya pencegahannya. Berbagai pembelajaran internasional menunjukkan bahwa efektifitas penurunan *stunting* ditentukan oleh integrasi, sinergitas, dan konvergensi antar program, meliputi cakupan

program, intensitas program, kualitas program, dan derajat integrasi antar program. Dengan demikian, konvergensi program perlu menjadi basis pendekatan dalam pencegahan *stunting*.

Berdasarkan hal tersebut disusunlah dokumen strategi nasional untuk percepatan pencegahan *stunting* atau dikenal sebagai Stranas *Stunting*. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* (Stranas *Stunting*), yang diluncurkan Wakil Presiden pada 12 Juli 2017, ditujukan untuk melakukan konsolidasi dukungan politis dan kepemimpinan di tingkat nasional dan daerah, memperkuat penyelenggaraan kerangka kerja kebijakan multi-sektor, dan mendorong konvergensi program-program nasional, daerah, dan masyarakat. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* menetapkan lima pilar utama, yaitu: (1) Komitmen dan visi kepemimpinan tertinggi negara; (2) Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku; (3) Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa; (4) Gizi dan ketahanan pangan; (5) Pemantauan dan evaluasi. Stranas *Stunting* juga menetapkan intervensi prioritas berupa intervensi gizi spesifik dan sensitif yang menysasar kelompok sasaran prioritas dan sasaran penting.

Stranas *Stunting* 2018-2024 juga menetapkan kelompok sasaran prioritas, yaitu ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan atau keluarga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan intervensi proritas dalam pencegahan *stunting* untuk setiap kelompok sasaran, baik itu intervensi spesifik yang menysasar penyebab langsung maupun intervensi sensitif yang menysasar penyebab tidak langsung. Pada tararan implementasi, Stranas *Stunting* dilaksanakan secara bertahap di kabupaten/kota. Pada tahun 2018 dilaksanakan di 100 kabupaten/kota prioritas kemudian diperluas menjadi 160 kabupaten/kota pada tahun 2019. Secara bertahap, pada tahun 2024 cakupan program dan kegiatan diperluas menjadi 514 kabupaten/kota prioritas hingga mencakup seluruh kabupaten/kota di Indonesia.





Laporan ini adalah laporan kondisi awal program (*baseline report*) yang diterbitkan untuk memberikan informasi kepada masyarakat tentang kondisi awal *stunting* dan faktor yang berpengaruh terhadap prevalensinya. Selain itu, laporan ini memberikan gambaran sederhana tentang konvergensi layanan dasar yang diperlukan oleh rumah tangga. Struktur laporan meliputi penjelasan tentang kerangka konseptual intervensi (Bab II), kondisi awal prevalensi *stunting* pada tingkat nasional dan sub-nasional (Bab III), kondisi awal tentang indikator-indikator jangka menengah (Bab IV), kondisi awal tentang cakupan intervensi dan cakupan layanan dasar (Bab V), dan penutup (Bab -VI).

Hal yang perlu dicatat pada laporan *baseline* ini adalah bahwa data beberapa indikator belum tersedia secara spesifik, terutama indikator-indikator yang fokus pada kelompok sasaran, yaitu keluarga 1000 HPK. Data yang tersedia masih bersifat umum, untuk semua kelompok masyarakat.

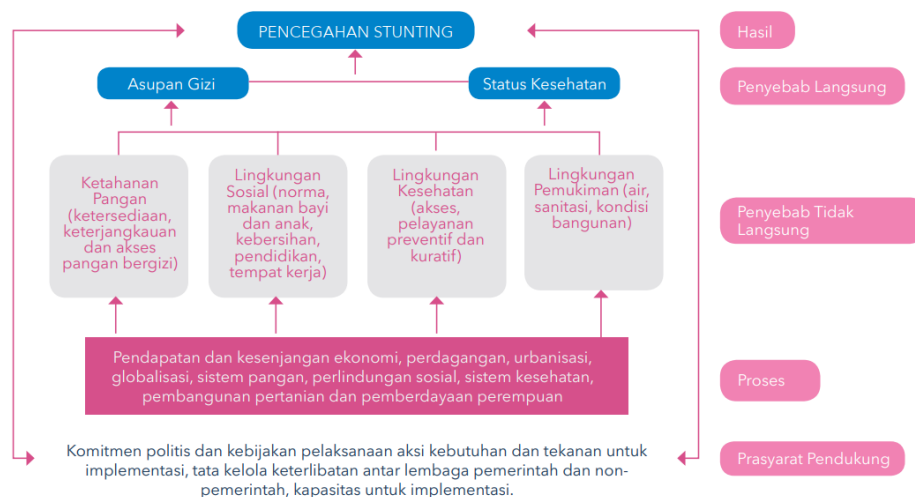
## BAB 2

# KERANGKA INTERVENSI PERCEPATAN PENCEGAHAN *STUNTING*

## Kerangka Konsep Percepatan Pencegahan *Stunting*

Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* disusun melalui kajian tentang pelaksanaan percepatan perbaikan gizi yang selama ini dilakukan di Indonesia dan keberhasilan pencegahan *stunting* di negara-negara lain. Proses penyusunan Stranas *Stunting* dilakukan berdasarkan diskusi dan konsultasi publik dengan berbagai pihak, meliputi kementerian/lembaga, akademisi, organisasi profesi, organisasi masyarakat madani, dan dunia usaha.

**Gambar 2.1.** Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan *Stunting*



Sumber: UNICEF (1997) dan IFPRI (2016) disesuaikan dengan konteks Indonesia

Penyusunan Stranas *Stunting* mengacu pada kerangka konsep yang digunakan secara global dan disesuaikan dengan konteks Indonesia (Gambar 2.1). Pada kerangka konsep tersebut, penyebab *stunting* dibagi menjadi penyebab langsung, tidak langsung, dan akar masalah. Pada kelompok penyebab langsung, diidentifikasi terdapat dua hal, yaitu asupan gizi dan status kesehatan. Oleh karena itu, upaya pencegahan *stunting* difokuskan pada pemenuhan asupan

gizi dan peningkatan status kesehatan masyarakat, terutama pada keluarga 1000 HPK.

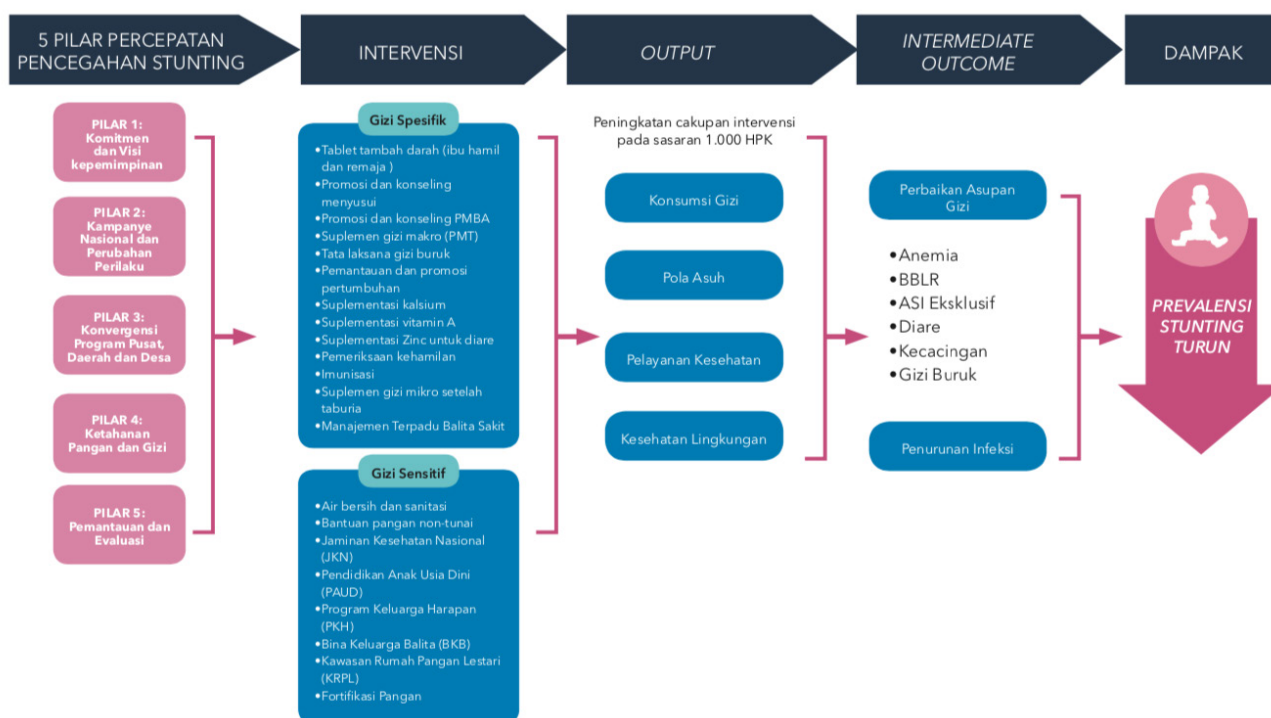
Pada kelompok penyebab tidak langsung, terdapat empat kategori penyebab tidak langsung, meliputi ketahanan pangan, lingkungan sosial, lingkungan kesehatan, dan lingkungan pemukiman. Ketahanan pangan sebagai penyebab tidak langsung meliputi ketersediaan, keterjangkauan, dan akses pangan bergizi. Lingkungan sosial terkait masalah norma, makanan bayi dan anak, kebersihan, pendidikan, serta tempat kerja sebagai faktor yang menjadi penyebab tidak langsung. Dari perspektif lingkungan kesehatan, terdapat akses kesehatan, pelayanan preventif, dan pelayanan kuratif. Terkait dengan lingkungan pemukiman terdapat beberapa faktor seperti air bersih, sanitasi, dan kondisi bangunan.

Pada kelompok akar masalah *stunting* terdapat beberapa syarat pendukung, yaitu komitmen politis dan kebijakan pelaksanaan aksi kebutuhan dan tekanan untuk implementasi, tata kelola keterlibatan antar lembaga pemerintah dan non-pemerintah, dan kapasitas untuk implementasi. Seluruh prasyarat pendukung ini diperlukan sebagai tahapan awal untuk mempercepat penurunan angka *stunting*. Proses pelaksanaan tentu tidak dapat melepaskan diri dari berbagai faktor, antara lain pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, perlindungan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian dan pemberdayaan perempuan.

## Kerangka Hasil Percepatan Pencegahan *Stunting*

Selanjutnya, kerangka konsep tersebut diturunkan ke dalam kerangka hasil, yang menghubungkan antara intervensi, *output*, *intermediate outcome*, hingga ke level *outcome*. Kerangka hasil ini juga dijadikan sebagai dasar untuk melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program percepatan pencegahan *stunting* yang sedang dilakukan.

**Gambar 2.2.** Kerangka Hasil Percepatan Pencegahan *Stunting*



Sumber: Stranas *Stunting* 2018-2024

Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* didasarkan pada lima pilar utama, yaitu (1) Komitmen dan visi kepemimpinan nasional dan daerah, (2) Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku, (3) Konvergensi program pusat, daerah, dan desa, (4) Ketahanan pangan dan gizi, dan (5) Pemantauan dan evaluasi.

### Pilar pertama

#### Komitmen dan Visi Kepemimpinan Nasional dan Daerah

Pilar pertama Komitmen dan Visi Kepemimpinan Nasional dan Daerah bertujuan memastikan pencegahan *stunting* menjadi prioritas pemerintah tingkat pusat, daerah, hingga tingkat desa. Penyelenggaraannya dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, pemerintah desa, kelompok masyarakat, dan rumah tangga. Sekretariat Wakil Presiden bertanggungjawab terhadap pelaksanaan

pilar pertama ini yang sangat penting untuk memastikan pencegahan *stunting* menjadi prioritas nasional.

Terdapat empat strategi utama pelaksanaan pilar ini : (1) Kepemimpinan presiden dan wakil presiden untuk pencegahan *stunting*; (2) Kepemimpinan daerah untuk pencegahan *stunting*; (3) Kepemimpinan pemerintah desa untuk pencegahan *stunting*; dan (4) Pelibatan swasta, masyarakat madani dan komunitas.

Pelaksanaan pilar ini akan diukur dengan menggunakan beberapa indikator, yaitu (1) Rembuk *stunting* tahunan di tingkat nasional; (2) Nota kesepakatan yang ditandatangani oleh pimpinan daerah di kabupaten/kota prioritas; dan (3) Rembuk *stunting* tahunan di tingkat kabupaten/kota prioritas.

## **Pilar kedua**

### **Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku**

Pilar kedua Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku bertujuan meningkatkan kesadaran dan pemahaman serta mendorong perubahan perilaku untuk mencegah *stunting*. Pilar ini dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian Komunikasi dan Informatika. Terdapat empat strategi utama untuk pelaksanaan pilar ini : (1) Kampanye perubahan perilaku bagi masyarakat umum yang konsisten dan berkelanjutan; (2) Komunikasi antar pribadi sesuai konteks sasaran; (3) Advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan; (4) Pengembangan kapasitas pengelola program.

Pelaksanaan pilar ini diukur dengan menggunakan beberapa indikator, yaitu (1) Persentase masyarakat yang menilai *stunting* sebagai 10 masalah penting dalam gizi dan kesehatan anak; (2) Pelaksanaan kampanye perubahan perilaku yang konsisten dan berkelanjutan di tingkat pusat dan daerah; (3) Terbitnya kebijakan daerah yang memuat kampanye publik dan komunikasi perubahan perilaku; dan (4) Pelaksanaan pelatihan bagi penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien.

## **Pilar ketiga**

### **Konvergensi Program Pusat, Daerah dan Desa**

Pilar ketiga Konvergensi Program Pusat, Daerah dan Desa bertujuan memperkuat konvergensi koordinasi, dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah dan desa. Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas bertanggungjawab mengoordinasikan konvergensi di tingkat nasional. Kementerian Dalam Negeri memiliki peran khusus dalam memperkuat kapasitas pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota dalam mewujudkan konvergensi intervensi gizi prioritas bagi rumah tangga 1000 HPK di lokasi-lokasi prioritas. Sementara itu Kementerian Desa,

Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi bertanggungjawab atas pelaksanaan konvergensi di tingkat desa.

Terdapat empat strategi utama untuk pelaksanaan pilar ini, yakni: (1) Memperkuat konvergensi dalam perencanaan dan penganggaran; (2) Memperbaiki pengelolaan layanan program; (3) Memperkuat koordinasi lintas sektor dan antar tingkatan pemerintahan; (4) Membagi kewenangan dan tanggungjawab pemerintah di semua tingkatan.

Pelaksanaan pilar ini akan diukur dengan beberapa indikator, yaitu: (1) Pelaksanaan konvergensi program/kegiatan nasional untuk percepatan pencegahan *stunting*; (2) Kinerja pelaksanaan konvergensi program di tingkat kabupaten/kota prioritas untuk percepatan pencegahan *stunting*; (3) Jumlah kabupaten/kota prioritas yang melaksanakan aksi konvergensi/integrasi; (4) Persentase pemanfaatan Dana Desa untuk kegiatan intervensi pencegahan *stunting*.

#### **Pilar keempat** **Ketahanan Pangan dan Gizi**

Pilar keempat Ketahanan Pangan dan Gizi bertujuan meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan. Terdapat empat strategi utama untuk pelaksanaan pilar ini. Strategi ke (1) Penyediaan pangan yang bergizi; (2) Perluasan program bantuan sosial dan bantuan pangan yang bergizi untuk keluarga tidak mampu; (3) Pemenuhan pangan dan gizi keluarga; dan (4) Penguatan regulasi mengenai label iklan pangan. Pelaksanaan pilar ini dikoordinasikan oleh Kementerian Pertanian.

Pada pelaksanaannya, pilar ini akan diukur melalui beberapa indikator sebagai berikut: (1) Persentase sasaran prioritas penerima bantuan pangan non tunai (BPNT) atau bantuan pangan lainnya di kabupaten/kota prioritas; (2) Kebijakan terkait peningkatan fortifikasi pangan; (3) Akses sasaran prioritas terhadap pangan bergizi; dan (4) Jumlah kawasan rumah pangan lestari. Kementerian Pertanian dan Kementerian Sosial menjadi penanggung jawab pilar ini.

#### **Pilar kelima** **Pemantauan dan Evaluasi**

Pilar kelima Pemantauan dan Evaluasi bertujuan meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas dan percepatan pembelajaran. Terdapat tiga strategi utama untuk pelaksanaan pilar ini, yaitu: (1) Peningkatan sistem pendataan yang dapat memantau secara berkala dan akurat; (2) Penggunaan

data dalam perencanaan dan penganggaran berbasis hasil; (3) Percepatan siklus pembelajaran melalui berbagi inovasi dan praktik baik.

Pelaksanaan pilar ini diukur menggunakan beberapa indikator, yaitu (1) Publikasi tahunan angka penurunan *stunting* pada tingkat nasional dan kabupaten/kota; (2) Kajian anggaran dan belanja pemerintah untuk pencegahan *stunting*; (3) Pelaksanaan forum kajian pencegahan *stunting*; (4) Pemanfaatan dan perbaikan sistem pendataan termasuk *dashboard*; (5) Pelaksanaan dan pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi secara berkala.

Berikut adalah ringkasan indikator kelima pilar dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*.

**Tabel 2.1.** Indikator 5 Pilar dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*

Pilar	Indikator	
Pilar 1 : Komitmen Politik dan Visi Kepemimpinan	1	Rembuk <i>stunting</i> tahunan di tingkat nasional
	2	Nota kesepakatan (MoA) tahunan yang ditandatangani antara Setwapres dan pimpinan daerah
	3	Rembuk <i>stunting</i> tahunan di kabupaten/kota yang dihadiri oleh bupati/walikota
Pilar 2 : Kampanye dan Perubahan Perilaku ( <i>Behavir Change Communication/BCC</i> )	1	Persentase masyarakat yang menilai <i>stunting</i> sebagai 10 masalah penting pada gizi dan kesehatan
	2	Pelaksanaan kampanye publik perubahan perilaku bagi masyarakat umum yang konsisten dan berkelanjutan di tingkat pusat dan daerah
	3	Jumlah kabupaten/kota yang menerbitkan kebijakan daerah yang memuat kampanye publik dan komunikasi perubahan perilaku
	4	Pelaksanaan pelatihan bagi penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien
Pilar 3 : Konvergensi Desa	1	Pelaksanaan konvergensi program/kegiatan nasional untuk percepatan pencegahan <i>stunting</i>
	2	Kinerja pelaksanaan konvergensi program di tingkat kabupaten/kota prioritas untuk percepatan pencegahan <i>stunting</i>
	3	Jumlah kabupaten/kota prioritas yang melaksanakan aksi konvergensi/integrasi
	4	Persentase pemanfaatan Dana Desa untuk kegiatan intervensi pencegahan <i>stunting</i>

Pilar	Indikator	
Pilar 4 : Ketahanan Pangan dan Gizi	1	Persentase sasaran prioritas yang mendapat Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) atau bantuan pangan lainnya di kabupaten/kota prioritas
	2	Kebijakan terkait fortifikasi pangan
	3	Akses sasaran prioritas terhadap pangan bergizi
	4	Jumlah kelompok penerima bantuan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)
Pilar 5 : Pemantauan dan Evaluasi	1	Publikasi tahunan angka prevalensi <i>stunting</i> di tingkat nasional dan kabupaten/kota.
	2	Kajian anggaran dan belanja pemerintah untuk pencegahan <i>stunting</i>
	3	Pemanfaatan dan perbaikan sistem pendataan, termasuk <i>dashboard</i>
	4	Pelaksanaan dan pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi secara berkala
	5	Pelaksanaan forum kajian pencegahan <i>stunting</i>

Selanjutnya, berdasarkan lima pilar ini, disusun kebijakan intervensi mencakup intervensi spesifik dan intervensi sensitif yang dilakukan oleh lintas kementerian/ lembaga. Hasil dari intervensi spesifik dan sensitif tersebut dapat langsung terlihat pada indikator keluaran (*output*). Sasaran indikator keluaran adalah peningkatan cakupan intervensi pada sasaran rumah tangga 1000 HPK. Indikator-indikator yang ada dapat dikelompokkan dalam kategori konsumsi gizi, pola asuh, pelayanan kesehatan, dan kesehatan lingkungan.

Intervensi percepatan pencegahan *stunting* terdiri dari intervensi spesifik dan sensitif (**Tabel 2.1**). Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Intervensi spesifik ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan.

Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik yang digunakan sebagai panduan bagi pelaksana program apabila terdapat keterbatasan sumber daya, yaitu:

- **Intervensi Prioritas**, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas.
- **Intervensi Pendukung**, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diutamakan setelah intervensi prioritas dilakukan.



- **Intervensi Sesuai Kondisi Tertentu**, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk untuk kondisi darurat bencana (program gizi darurat).

**Tabel 2.2.** Intervensi Spesifik dan Sensitif

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Sesuai Kondisi
<b>Intervensi Gizi Spesifik: Sasaran Prioritas</b>			
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil kurang energi kronik (KEK)</li> <li>- Pemberian suplementasi tablet tambah darah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian suplementasi kalsium</li> <li>- Pemeriksaan kehamilan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perlindungan dari malaria</li> <li>- Pencegahan HIV</li> </ul>
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promosi dan konseling pemberian ASI eksklusif</li> <li>- Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA)</li> <li>- Penatalaksanaan gizi buruk</li> <li>- Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang</li> <li>- Pemantauan dan promosi pertumbuhan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian suplementasi vitamin A</li> <li>- Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi, seperti Taburia</li> <li>- Pemberian imunisasi</li> <li>- Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan diare</li> <li>- Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan kecacingan</li> </ul>
<b>Intervensi Gizi Spesifik: Sasaran Pendukung</b>			
Remaja putri dan wanita usia subur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian suplementasi tablet tambah darah</li> </ul>		

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi sesuai Kondisi
Anak 24-59 bulan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penatalaksanaan gizi buruk</li> <li>- Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang</li> <li>- Pemantauan dan promosi pertumbuhan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian suplementasi vitamin A</li> <li>- Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi, seperti Taburia</li> <li>- Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan diare</li> <li>- Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan kecacingan</li> </ul>

Intervensi gizi sensitif ditujukan untuk menysasar penyebab tidak langsung melalui berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan dengan sasaran keluarga dan masyarakat umum, tidak khusus untuk 1.000 HPK. Kegiatan intervensi sensitif dapat dikelompokkan menjadi empat kelompok, yaitu:

1. Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi yang dilakukan melalui program peningkatan akses air minum yang aman dan sanitasi layak.
2. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi yang dilakukan melalui program peningkatan akses layanan Keluarga Berencana, akses jaminan kesehatan, akses bantuan uang tunai untuk keluarga kurang mampu (PKH)
3. Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak yang dilakukan melalui penyebaran informasi melalui berbagai media, penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi, penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua, penyediaan akses Pendidikan Anak Usia Dini, promosi stimulasi dini dan pemantauan tumbuh kembang, penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.
4. Peningkatan akses pangan bergizi yang dilakukan melalui program bantuan pangan non tunai untuk keluarga kurang mampu, akses fortifikasi bahan pangan utama, akses kegiatan kawasan rumah pangan lestari serta penguatan regulasi label dan iklan pangan.

Intervensi gizi spesifik dan sensitif tersebut akan diukur dengan menggunakan beberapa indikator sebagai berikut:

**Tabel 2.3.** Indikator Intervensi Spesifik dan Sensitif

Indikator Intervensi Spesifik		Indikator Intervensi Sensitif	
1	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) mendapat tambahan asupan gizi	1	Penyediaan akses air minum layak bagi sasaran prioritas
2	Persentase ibu hamil yang mengonsumsi tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan	2	Penyediaan akses sanitasi (air limbah domestik) yang layak bagi sasaran prioritas
3	Pemeriksaan kehamilan	3	Penyediaan akses jaminan kesehatan bagi keluarga miskin sasaran prioritas
4	Pemberian MP-ASI sesuai rekomendasi pada baduta	4	Penyediaan akses kepada layanan Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan
5	Persentase balita gizi buruk yang mendapat pelayanan tatalaksana gizi buruk	5	Penyediaan akses bantuan tunai bersyarat untuk keluarga miskin
6	Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya setiap bulan	6	Fasilitasi pengarusutamaan gender dan perlindungan anak dalam percepatan penurunan <i>stunting</i>
7	Persentase balita memperoleh imunisasi	7	Angka partisipasi PAUD
8	Persentase balita mendapatkan vitamin A	8	Persentase target sasaran komunikasi yang memiliki pemahaman yang memadai tentang <i>stunting</i>
9	Persentase remaja putri mengonsumsi tablet tambah darah (TTD)	9	Peningkatan konsumsi ikan untuk pemenuhan gizi keluarga sasaran prioritas penurunan <i>stunting</i>
10	Persentase balita kurus yang mendapat tambahan asupan gizi	10	Persentase anak umur 6-23 bulan yang mengonsumsi pangan yang cukup dan beragam
11	Persentase posyandu yang memiliki cakupan pemantauan tumbuh kembang di atas 80%	11	Persentase keluarga sasaran prioritas yang miskin mendapatkan jaminan gizi dalam bantuan sosial pangan
		12	Jumlah pasangan yang mendapatkan bimbingan pra nikah dengan materi pencegahan <i>stunting</i> , paket suplementasi gizi, dan imunisasi.

Sumber: Stranas *Stunting* 2018-2024

Pada indikator jangka menengah (*intermediate outcome*) dapat dikelompokkan menjadi perbaikan asupan gizi dan penurunan infeksi. Indikator-indikatornya meliputi (1) prevalensi anemia; (2) prevalensi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR); (3) prevalensi ASI eksklusif; (4) prevalensi diare pada balita; (5) prevalensi gizi buruk dan gizi kurang; dan (6) prevalensi ISPA pada balita. Pada akhirnya, indikator-indikator di atas dampaknya dapat terlihat dari penurunan prevalensi *stunting*.

Capaian pada level dampak berfokus pada indikator jangka lebih panjang. Indikator-indikator yang digunakan adalah penurunan prevalensi *stunting* pada balita dan baduta di tingkat nasional dan kabupaten/kota, meningkatnya jumlah anak *stunting* yang berhasil dicegah setiap tahun, dan bertambahnya jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan prevalensi *stunting*.

Pada laporan *baseline* ini, akan disajikan data setiap level, meliputi *output*, *intermediate outcome*, dan *outcome* (Tabel 2.2). Sebagai contoh, indikator pada level *output* meliputi cakupan hasil intervensi gizi spesifik dan sensitif, termasuk di kabupaten/kota prioritas dan rumah tangga 1000 HPK. Data untuk setiap indikator yang ada dalam pilar percepatan pencegahan *stunting* tidak disajikan dalam laporan *baseline* ini.

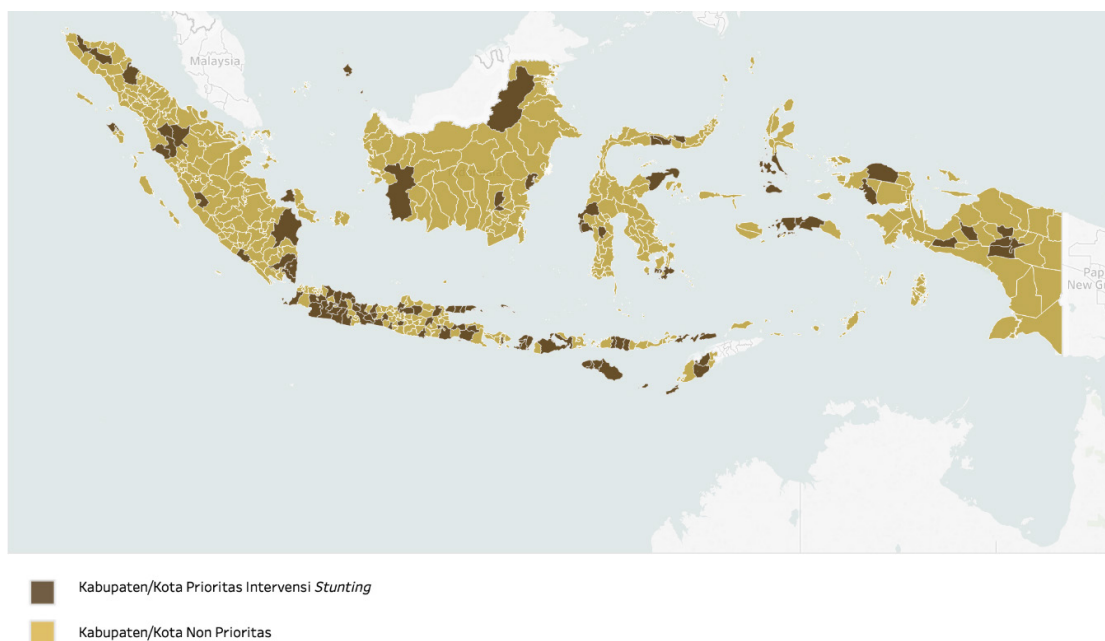
**Tabel 2.4.** Indikator Kerja

Capaian	Indikator Kinerja
<i>Output</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cakupan hasil intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif di kabupaten/kota prioritas</li> <li>- Cakupan layanan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif pada sasaran prioritas penerima manfaat rumah tangga 1000 HPK</li> <li>- Indeks sasaran penerima 6 paket layanan gizi minimal meningkat lebih cepat, yaitu (a) kesehatan dasar (imunisasi dan suplementasi TTD), (b) kesehatan gizi (ASI eksklusif dan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)), (c) air minum dan sanitasi layak, (d) PAUD, (e) akte lahir, dan (f) keamanan pangan.</li> </ul>
<i>Intermediate outcome</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan prevalensi diare balita</li> <li>- Penurunan prevalensi gizi buruk (kurus dan sangat kurus) balita</li> <li>- Penurunan prevalensi anemia pada ibu hamil</li> <li>- Penurunan prevalensi anemia pada remaja putri</li> <li>- Penurunan prevalensi bayi BBLR</li> <li>- Peningkatan prevalensi ASI eksklusif</li> </ul>
Dampak	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan prevalensi <i>stunting</i> pada balita dan baduta di tingkat nasional dan kabupaten/kota</li> <li>- Jumlah anak <i>stunting</i> yang berhasil dicegah bertambah setiap tahun</li> <li>- Jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan prevalensi <i>stunting</i> bertambah setiap tahun</li> </ul>

## Pelaksanaan Stranas *Stunting* di Kabupaten/Kota

Stranas *Stunting* dilaksanakan secara bertahap di seluruh kabupaten/kota. Pada tahun 2018 ditetapkan 100 kabupaten/kota yang menjadi lokasi prioritas (Gambar 2.3). Penentuan kabupaten/kota dilakukan berdasarkan tiga kriteria, yaitu (1) Prevalensi *stunting*; (2) Jumlah balita *stunting*; dan (3) Tingkat kemiskinan. Selain itu terdapat satu kriteria tambahan bahwa setidaknya ada satu kabupaten/kota tiap provinsi menjadi wilayah prioritas. Sebagian besar kabupaten/kota prioritas berada di Jawa, terutama Provinsi Jawa Barat. Secara populasi tingkat provinsi, Jawa Barat memiliki penduduk yang besar jika dibandingkan dengan provinsi-provinsi lain di Indonesia Timur. Lokasi prioritas ini kemudian ditetapkan oleh Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas.

**Gambar 2.3.** Wilayah Prioritas Tahun 2018



Selanjutnya pada tahun 2019 ditambah 60 kabupaten/kota yang menjadi lokasi baru. Pada tahun 2020, 2021, 2022 bertambah lagi 100 kabupaten/kota setiap tahunnya. Sehingga pada tahun 2022 akan terdapat 460 kabupaten/kota yang menjadi lokasi prioritas. Pada tahun 2023 akan menjadi 514 kabupaten/kota yang menjadi lokasi prioritas.

Untuk mendukung pelaksanaan program di kabupaten/kota prioritas pendampingan akan diberikan oleh Kementerian Dalam Negeri. Selain itu, Pemerintah juga menyediakan dukungan dana untuk pelaksanaan aksi konvergensi pencegahan *stunting* di kabupaten/kota prioritas yang disalurkan melalui DAK non fisik Bidang Kesehatan.

# BAB 3

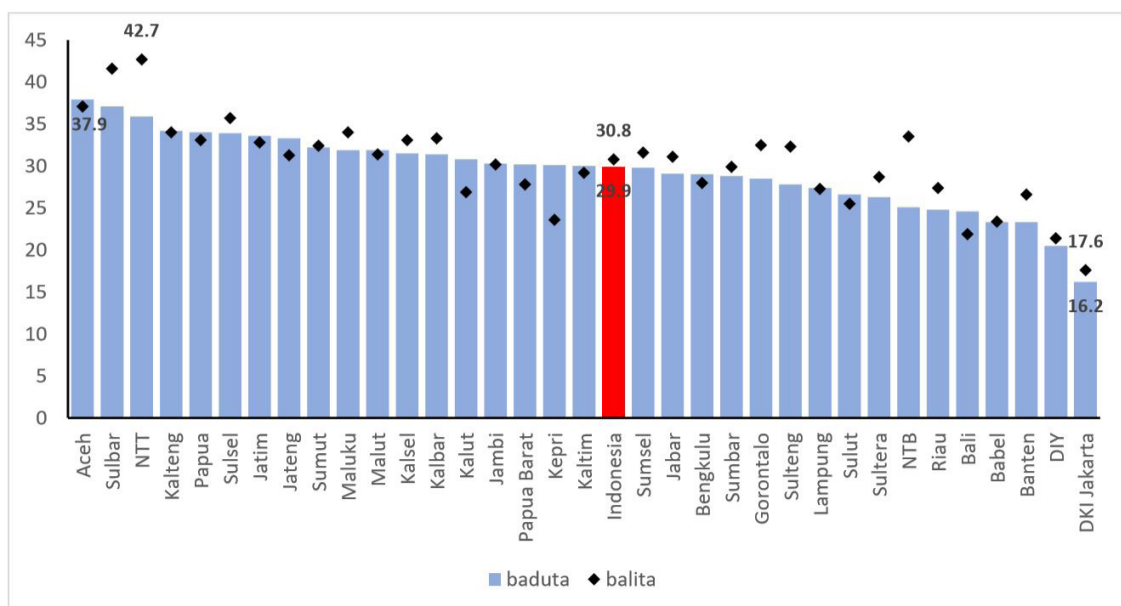
## KONDISI AWAL INDIKATOR OUTCOME

Pada level *outcome*, terdapat tiga indikator yang akan diukur yaitu (1) Penurunan prevalensi *stunting* pada balita dan baduta di tingkat nasional dan kabupaten/kota; (2) Jumlah anak *stunting* yang berhasil dicegah bertambah setiap tahun; dan (3) Jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan prevalensi *stunting* bertambah setiap tahun. Pada laporan ini, yang akan disajikan adalah prevalensi *stunting* tingkat nasional dan provinsi baik pada balita maupun baduta. Sementara itu, dua indikator lainnya akan disajikan dalam laporan paruh waktu dan laporan akhir.

### Prevalensi *Stunting* Balita dan Baduta

Berdasarkan Riskesdas, angka prevalensi *stunting* balita di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 30,8%. Prevalensi ini sudah mengalami penurunan, dari 37,2% pada tahun 2013. Sedangkan untuk baduta, prevalensi pada tahun 2018 sebesar 29,9% yang sudah mengalami penurunan dari 32,8% pada tahun 2013.

**Grafik 3.1.** Prevalensi *Stunting* Tahun 2018



Sumber: Riskesdas 2018

Prevalensi *stunting* baduta dan balita bervariasi di setiap provinsi (Gambar 3.1). Berdasarkan Riskesdas 2018, Provinsi DKI Jakarta memiliki angka prevalensi *stunting* paling rendah, yaitu 16,2% (baduta) dan 17,6% (balita). Sedangkan angka prevalensi *stunting* tertinggi adalah Provinsi Aceh (37,9%) untuk baduta dan Nusa Tenggara Timur (42,7%) untuk balita. Wilayah Jawa dan Bali cenderung memiliki angka prevalensi *stunting* lebih rendah daripada wilayah luar Jawa dan Bali, untuk kategori baduta dan balita. Perbedaan prevalensi *stunting* baduta dan balita di berbagai provinsi menunjukkan keragaman tingkat kondisi *stunting* antar wilayah di Indonesia.

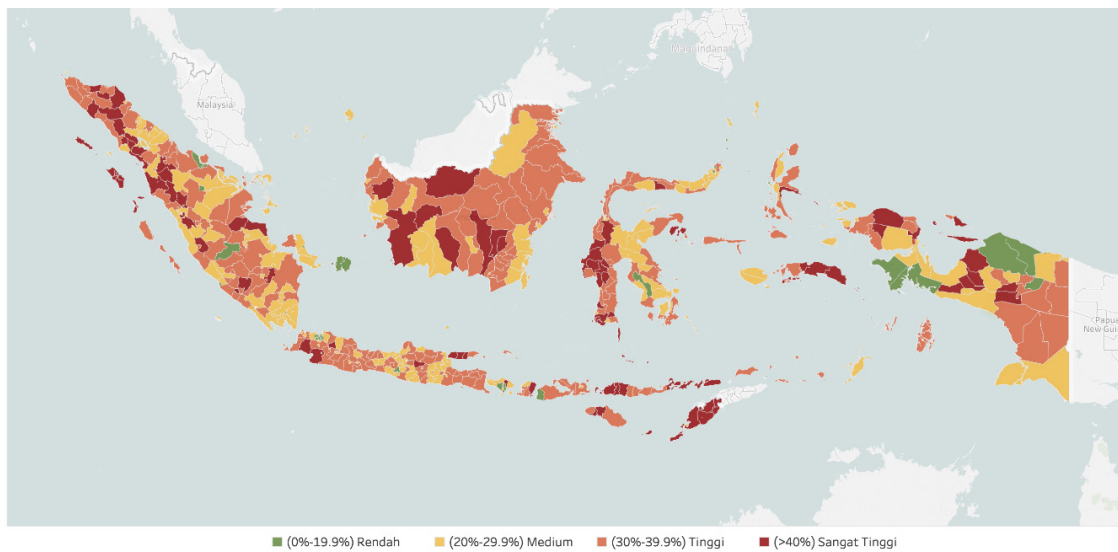
**Tabel 3.1.** Prevalensi *Stunting* sesuai Karakteristik Tahun 2018

Karakteristik	Usia 0-23 bulan	Usia 0-59 bulan
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	32,1	31,8
Perempuan	27,7	30,0
<b>Pendidikan kepala rumah tangga</b>		
Tidak sekolah	33,1	35,7
Tidak tamat SD/ sederajat	30,3	35,1
Tamat SD/ sederajat	33,5	35,7
Tamat SMP/ sederajat	32,0	32,3
Tamat SMA/ sederajat	26,1	25,9
Tamat perguruan tinggi	26,0	22,4
<b>Tempat tinggal</b>		
Desa	32,8	35,0
Kota	27,3	27,2
Nasional	29,9	30,8

Sumber: Riskesdas (Tabel 16.7.4 dan Tabel 16.8.4)

Variasi prevalensi angka *stunting* juga terjadi sesuai dengan karakteristik (Tabel 3.1). Baduta laki-laki cenderung memiliki angka prevalensi *stunting* lebih besar dibanding dengan baduta perempuan. Namun perbedaan angka prevalensi *stunting* balita laki-laki dan balita perempuan tidak terlalu besar. Dengan mengeluarkan kelompok kepala rumah tangga yang tidak bersekolah dan tidak tamat pendidikan SD/ sederajat, terlihat pola bahwa angka prevalensi *stunting* balita cenderung turun seiring dengan makin tinggi tingkat pendidikan kepala rumah tangga. Namun angka prevalensi *stunting* baduta antara keluarga dengan kepala rumah tangga berpendidikan SMA/ sederajat dan perguruan tinggi tidak berbeda secara signifikan. Selain itu, secara umum terlihat bahwa angka prevalensi *stunting* di kota lebih rendah daripada di desa.

**Gambar 3.2.** Prevalensi *Stunting* Tingkat Kabupaten/Kota Tahun 2018



Gambar 3.2 menunjukkan persebaran *stunting* pada tingkat kabupaten/kota. Dari gambar tersebut terlihat bahwa dalam satu provinsi yang sama terdapat perbedaan cukup signifikan antar kabupaten/kota. Sebagai contoh, Jawa Barat cenderung memiliki distribusi prevalensi *stunting* lebih tinggi dibanding Jawa Tengah dan Jawa Timur. Nusa Tenggara Timur cenderung memiliki prevalensi *stunting* tinggi di berbagai kabupaten/kota. Hal menarik adalah terdapat beberapa kabupaten di Indonesia bagian timur, yang memiliki prevalensi *stunting* di bawah 20%, yakni di Provinsi Papua Barat dan Papua.

## Jumlah Balita dan Baduta *Stunting*

Prevalensi *stunting* balita tahun 2018 sebesar 30,8%, setara dengan sekitar 7,3 juta balita. Sementara itu, prevalensi baduta *stunting* sebesar 29,9%, setara dengan 2,75 juta baduta. Jumlah balita pada tahun 2018 diprediksi sekitar 23,7 juta sedangkan baduta sekitar 9,2 juta orang (Profil Kesehatan Indonesia 2018). Indikator jumlah balita dan baduta yang dapat dicegah dari *stunting* belum dapat disediakan saat ini, tetapi akan disediakan pada laporan tahunan, paruh waktu (*mid term report*) dan laporan akhir.



## Jumlah Kabupaten/Kota yang Berhasil Menurunkan Prevalensi *Stunting* Setiap Tahun.

---

Indikator ini belum dapat disajikan pada laporan *baseline* ini, tetapi akan disajikan dalam laporan tahunan, paruh waktu (*mid term*) dan laporan akhir. Sebagai informasi awal, berdasarkan Riskesdas tahun 2018, terdapat 34 kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi *stunting* balita di bawah 20%; 181 kabupaten/kota mempunyai prevalensi antara 20%– 30%, dan 299 kabupaten/kota mempunyai prevalensi diatas 30%. Jika dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2013, kabupaten/kota yang mengalami penurunan prevalensi *stunting* berjumlah 295 kabupaten/kota, sementara 162 kabupaten/kota relatif, tetap dan 40 kabupaten /kota bahkan mengalami peningkatan prevalensi *stunting*.

# BAB 4

## KONDISI AWAL: INDIKATOR-INDIKATOR JANGKA MENENGAH (*INTERMEDIATE OUTCOME*)

Selain indikator angka prevalensi *stunting* pada periode awal pelaksanaan Stranas *Stunting*, laporan ini juga menyajikan kondisi awal di level *intermediate outcome*. Sesuai dengan kerangka intervensi Stranas *Stunting*, beberapa indikator level *intermediate outcome* adalah (1) Prevalensi anemia, (2) Prevalensi diare, (3) Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang, (4) Cakupan ASI eksklusif, (5) Prevalensi Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), dan (6) Prevalensi Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA).

Informasi tentang *intermediate outcome* secara statistik deskriptif. Sebagai catatan, informasi yang tertulis dalam statistik deskriptif harus diinterpretasikan dengan tepat. Sebagai contoh, jika terdapat perbedaan prevalensi BBLR untuk kelompok tertentu, bukan berarti dapat disimpulkan bahwa kelompok tersebut memiliki peluang (probabilitas) tertentu untuk mengalami BBLR. Untuk menyimpulkan peluang sebuah kelompok mengalami BBLR, harus dilakukan proses pengontrolan variabel sesuai dengan prinsip persamaan regresi.

**Tabel 4.1.** Kondisi Indikator *Intermediate Outcome*

Karakteristik	2018
Prevalensi anemia untuk ibu hamil	48,9
Prevalensi balita diare	12,3
Prevalensi balita gizi buruk dan gizi kurang	17,7
Cakupan ASI eksklusif	74,5
Prevalensi BBLR	6,2
Prevalensi balita ISPA	12,8

Sumber: Riskesdas 2018

Tabel 4.1 menunjukkan kondisi pada tahun 2018 untuk enam indikator *intermediate outcome*, yaitu prevalensi anemia, prevalensi diare, prevalensi gizi buruk dan gizi kurang, prevalensi ASI eksklusif, prevalensi BBLR, dan prevalensi ISPA. Nilai prevalensi indikator tersebut bervariasi, dari yang paling rendah (prevalensi BBLR) hingga anemia untuk ibu hamil sebagai indikator tertinggi. Terdapat perbedaan tentang cara melakukan interpretasi indikator tersebut. Indikator cakupan ASI eksklusif berbeda dibanding lima indikator lain. Semakin tinggi nilai cakupan ASI eksklusif maka semakin menunjukkan perkembangan

yang baik. Namun semakin tinggi nilai lima indikator lainnya maka semakin menunjukkan perkembangan yang kurang baik.

## Prevalensi Anemia

Berdasarkan Riskesdas 2018, prevalensi anemia pada ibu hamil adalah 48,9% dan tidak ada data tentang prevalensi anemia pada tingkat provinsi. Representasi sampel untuk kasus anemia hanya ada pada tingkat nasional karena pemeriksaan darah hanya untuk 2.500 blok sampel di 26 provinsi.

**Tabel 4.2.** Prevalensi Anemia pada Ibu Hamil sesuai Karakteristik Tahun 2018

Karakteristik	Prevalensi Anemia
<b>Kelompok umur (tahun)</b>	
15-24	84,6
25-34	33,7
35-44	33,6
45-44	24,0
<b>Pendidikan kepala rumah tangga</b>	
Tidak sekolah	41,5
Tidak tamat SD/ sederajat	42,9
Tamat SD/ sederajat	50,8
Tamat SMP/ sederajat	51,5
Tamat SMA/ sederajat	50,6
Tamat perguruan tinggi	31,0
<b>Tempat tinggal</b>	
Desa	49,5
Kota	48,3
Nasional	48,9

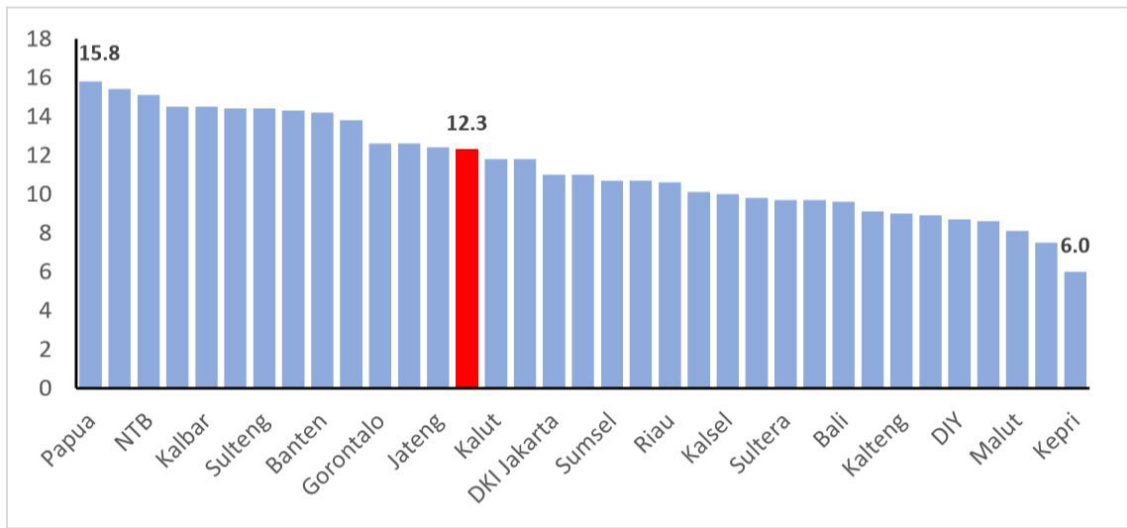
Sumber: Riskesdas 2018 (Tabel 16.4.6)

Kelompok ibu hamil usia muda (15-24 tahun) mengalami prevalensi anemia yang tinggi (84,6%), kemudian seiring dengan meningkatnya usia ibu hamil, prevalensi anemia cenderung turun (Tabel 4.2). Untuk kepala rumah tangga dengan pendidikan tamat SD/ sederajat hingga tamat SMA/ sederajat, sekitar separuh ibu hamil di kelompok rumah tangga tersebut mengalami anemia. Sedangkan untuk kelompok kepala rumah tangga tamat perguruan tinggi, sekitar 3 dari 10 ibu hamil di kelompok rumah tangga tersebut mengalami anemia. Dengan menggunakan perbandingan antara ibu hamil di desa dan kota, tidak terdapat perbedaan besar terkait prevalensi anemia, yakni 49,5% dibanding 48,3%.

# Prevalensi Balita Diare

Prevalensi diare untuk balita pada tahun 2018 adalah 12,3%. Sebagian besar provinsi berada pada rentang 10% hingga 13%. Provinsi Kepulauan Riau memiliki angka prevalensi balita diare paling rendah, yaitu 6%. Beberapa provinsi tercatat memiliki prevalensi balita diare di atas 15%, yaitu Sumatera Utara, Nusa Tenggara Barat, dan Papua.

Grafik 4.1. Prevalensi Diare Balita Tahun 2018



Sumber: Riskesdas 2018

Berdasarkan Tabel 4.3, tingkat prevalensi diare balita paling besar terjadi pada bayi usia 12-23 bulan (16,6%), kemudian 24-35 bulan (14,3%). Bayi laki-laki cenderung mengalami diare lebih besar dibanding bayi perempuan walaupun perbedaannya tidak terlalu besar. Demikian juga dengan balita yang tinggal di desa cenderung mengalami diare lebih besar daripada balita yang tinggal di kota.

Tabel 4.3. Prevalensi Diare pada Balita sesuai Karakteristik Tahun 2018

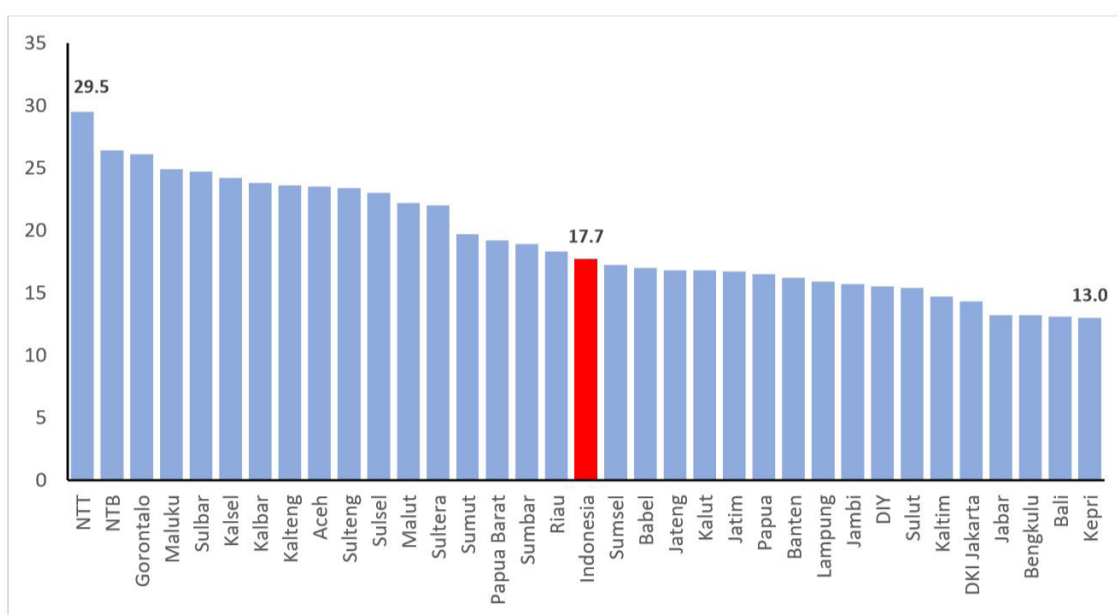
Karakteristik	Prevalensi
Kelompok umur (bulan)	
0-11	10,6
12-23	16,6
24-35	14,3
36-47	11,2
48-59	9,1
Jenis kelamin	
Laki-laki	12,8
Perempuan	11,9
Tempat tinggal	
Desa	12,9
Kota	11,9
Nasional	12,3

Sumber: Riskesdas 2018

## Prevalensi Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang

Berdasarkan Riskesdas 2018, dilaporkan sebanyak 17,7% kasus gizi buruk dan gizi kurang pada balita (Gambar 4.2). Angka prevalensi tersebut bervariasi antar wilayah di Indonesia, yaitu mulai dari Provinsi Kepulauan Riau (13,0%) hingga beberapa provinsi dengan angka di atas 25%, yaitu Nusa Tenggara Barat (26,4%), Nusa Tenggara Timur (29,5%), dan Gorontalo (26,1%).

**Grafik 4.2.** Prevalensi Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang



Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018 (Tabel 16.8.1)

Terdapat variasi status gizi balita berdasarkan berat badan (Tabel 4.4). Prevalensi balita gizi kurang cenderung lebih tinggi pada kelompok umur 24-35 bulan, kemudian kelompok umur 36-47 bulan, 48-59 bulan, dan 12-23 bulan. Kelompok usia tersebut adalah dimana bayi sudah memperoleh makanan tambahan. Balita laki-laki cenderung memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk gizi buruk dan gizi kurang dibandingkan balita perempuan. Dengan mengeluarkan kelompok rumah tangga yang memiliki kepala rumah tangga tidak sekolah atau tidak tamat SD/ sederajat, terlihat bahwa tingkat pendidikan kepala rumah tangga berpengaruh pada penurunan angka gizi buruk dan gizi kurang. Dengan membandingkan tempat tinggal, balita di desa memiliki prevalensi gizi buruk dan gizi kurang yang lebih tinggi daripada balita di kota.

**Tabel 4.4.** Status Gizi Menurut BB/U untuk Balita sesuai Karakteristik

Karakteristik	Gizi Buruk	Gizi Kurang
<b>Kelompok umur (bulan)</b>		
0-5	4,6	8,1
6-11	2,9	9,2
12-23	3,9	14,1
24-35	4,5	16,2
36-47	3,7	15,5
48-59	3,6	14,5
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	4,5	14,3
Perempuan	3,3	13,3
<b>Pendidikan kepala rumah tangga</b>		
Tidak sekolah	3,6	16,5
Tidak tamat SD/ sederajat	0,3	16,6
Tamat SD/ sederajat	5,1	15,2
Tamat SMP/ sederajat	3,7	14,3
Tamat SMA/ sederajat	3,1	12,0
Tamat perguruan tinggi	2,8	9,8
<b>Tempat tinggal</b>		
Desa	4,6	15,4
Kota	3,3	12,4
Nasional	3,9	13,8

Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018 (Tabel 16.8.2)

## Cakupan ASI Eksklusif

Cakupan ASI Eksklusif berdasarkan Riskesdas 2018 adalah sebesar 74,5%. Berdasarkan definisi WHO, yang dimaksud ASI eksklusif adalah bayi yang hanya minum ASI dalam waktu satu hari sebelum survei dilakukan, diluar obat-obatan, vitamin, mineral, atau suplemen lain. Prevalensi ASI eksklusif akan turun seiring dengan bertambahnya umur baduta (Tabel 4.5). Satu dari lima baduta usia kurang dari 1 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif. Tidak ada perbedaan proporsi bayi laki-laki dan bayi perempuan. Sebagai tambahan informasi, bayi di kota memiliki prevalensi ASI eksklusif yang lebih rendah dibanding bayi di desa.

**Tabel 4.5.** Proporsi Baduta yang Hanya Menerima ASI dalam 24 Jam Terakhir

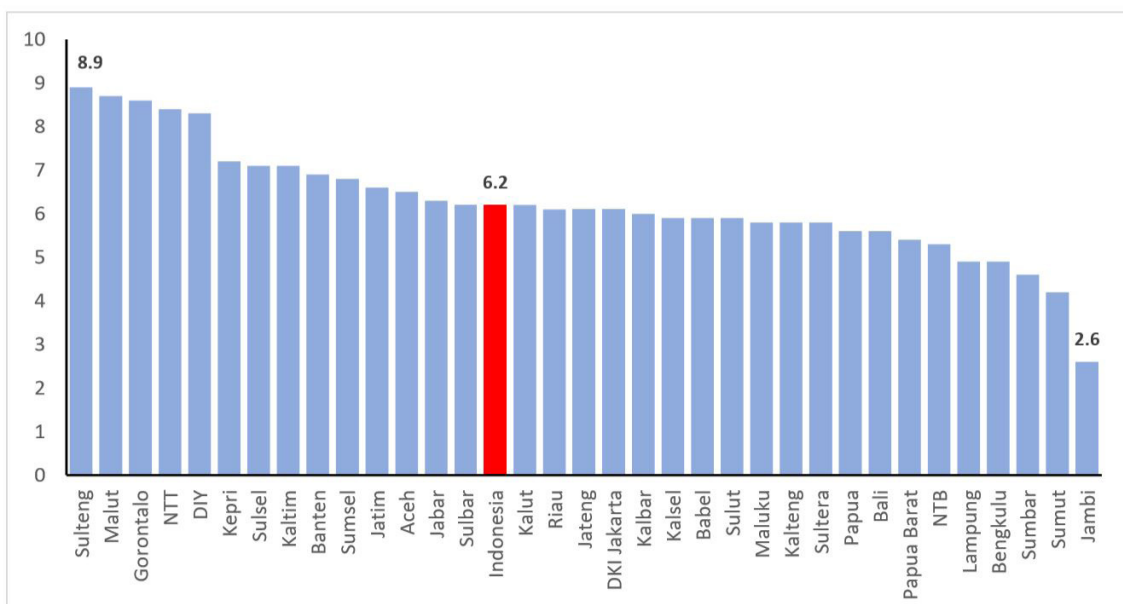
Karakteristik	Prevalensi
<b>Kelompok umur (bulan)</b>	
0	81,0
1	78,4
2	79,7
3	74,4
4	72,4
5	62,2
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	74,1
Perempuan	74,9
<b>Tempat tinggal</b>	
Desa	76,6
Kota	72,7
Indonesia	74,5

Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018 (Tabel 16.5.12 dan Tabel 16.5.13)

## Prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Berdasarkan Riskesdas 2018, Sekitar 6,2% bayi di Indonesia lahir dengan berat kurang dari 2,5 kg (Tabel 4.6). Tingkat BBLR paling rendah adalah Provinsi Jambi, yaitu 2,6%. Beberapa provinsi memiliki tingkat BBLR di atas 8%, yaitu Yogyakarta (8,3%), Nusa Tenggara Timur (8,4%), Sulawesi Tengah (8,9%), Gorontalo (8,6%), dan Maluku Utara (8,7%).

**Grafik 4.3.** Prevalensi BBLR



Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018 (Tabel 15.1.5)

**Tabel 4.6.** Prevalensi BBLR sesuai Karakteristik

Karakteristik	Prevalensi
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	5,7
Perempuan	6,7
<b>Pendidikan kepala rumah tangga</b>	
Tidak sekolah	7,2
Tidak tamat SD/ sederajat	7,2
Tamat SD/ sederajat	7,0
Tamat SMP/ sederajat	5,9
Tamat SMA/ sederajat	5,7
Tamat perguruan tinggi	4,9
<b>Tempat tinggal</b>	
Desa	6,3
Kota	6,1
Nasional	6,2

Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018 (Tabel 15.1.6)

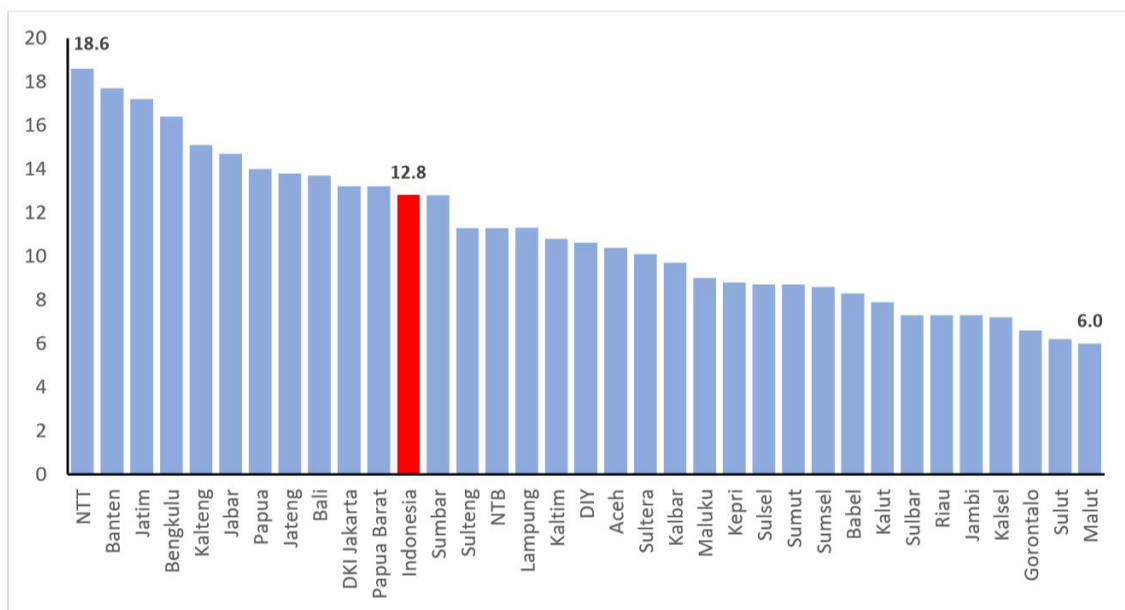
Bayi perempuan cenderung memiliki prevalensi BBLR lebih tinggi dibanding bayi laki-laki, namun perbedaan tidak terlalu besar (Tabel 4.6). Dengan melihat pendidikan kepala rumah tangga, semakin tinggi tingkat pendidikan, kelompok rumah tangga tersebut memiliki balita dengan prevalensi BBLR lebih rendah. Tidak ada perbedaan antara prevalensi balita BBLR di desa dan kota.

## Prevalensi Balita Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA)

Pada tahun 2018, sebanyak 12,8% balita di Indonesia mengalami ISPA, dengan variasi dari 6,2% (Sulawesi Utara) hingga 18,3% (Nusa Tenggara Timur) (Gambar 4.7). Beberapa provinsi memiliki prevalensi ISPA lebih dari 15% untuk balita, yaitu Bengkulu (16,4%), Jawa Timur (17,2%), Banten (17,7%), Nusa Tenggara Timur (18,3%), Kalimantan Tengah (15,1%).



**Grafik 4.4.** Prevalensi Balita yang Menderita ISPA



Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018 (Tabel 5.1.3)

Berdasarkan data tahun 2018, terdapat 9% hingga 14% balita (bervariasi sesuai kelompok umur) mengalami ISPA. Balita laki-laki lebih banyak yang mengalami ISPA dibanding balita perempuan, namun perbedaannya tidak terlalu besar. Sedangkan berdasarkan tempat tinggal, tidak ada perbedaan prevalensi ISPA pada kelompok laki-laki dan perempuan.

**Tabel 4.7.** Proporsi Balita yang Menderita ISPA sesuai Karakteristik

Karakteristik	Prevalensi
<b>Kelompok umur (bulan)</b>	
0-11	9,4
12-23	14,4
24-35	13,8
36-47	13,1
48-59	13,5
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	13,2
Perempuan	12,4
<b>Tempat tinggal</b>	
Desa	12,9
Kota	12,8
Nasional	12,8

Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018 (Tabel 5.1.4)

# BAB 5

## KONDISI AWAL: CAKUPAN INTERVENSI DAN LAYANAN DASAR

Beberapa indikator yang disusun untuk pemantauan pelaksanaan Stranas *Stunting*, dikelompokkan menjadi intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Terdapat 11 indikator pada level keluaran (*output*) untuk intervensi spesifik, mulai dari persentase ibu hamil KEK yang mendapatkan tambahan asupan gizi hingga persentase posyandu yang memiliki cakupan pemantauan tumbuh kembang di atas 80%. Indikator yang digunakan untuk mengukur tingkat pencapaian intervensi sensitif meliputi 12 indikator, mulai dari penyediaan akses air minum layak bagi sasaran prioritas, hingga jumlah pasangan yang mendapatkan bimbingan pra nikah dengan materi pencegahan *stunting*.

**Tabel 5.1.** Daftar Indikator Intervensi Spesifik dan Sensitif

Indikator Intervensi Spesifik		Indikator Intervensi Sensitif	
1	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) mendapat tambahan asupan gizi	1	Penyediaan akses air minum layak bagi sasaran prioritas
2	Persentase ibu hamil yang mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan	2	Penyediaan akses sanitasi (air limbah domestik) yang layak bagi sasaran prioritas
3	Pemeriksaan kehamilan	3	Penyediaan akses jaminan kesehatan bagi keluarga miskin sasaran prioritas
4	Pemberian MP-ASI sesuai rekomendasi pada baduta	4	Penyediaan akses kepada layanan Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan
5	Persentase balita gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk	5	Penyediaan akses bantuan tunai bersyarat untuk keluarga miskin
6	Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya setiap bulan	6	Fasilitasi pengarusutamaan gender dan perlindungan anak dalam percepatan penurunan <i>stunting</i>
7	Persentase balita memperoleh imunisasi	7	Angka partisipasi PAUD
8	Persentase balita mendapatkan vitamin A	8	Persentase target sasaran komunikasi yang memiliki pemahaman yang memadai tentang <i>stunting</i>

Indikator Intervensi Spesifik		Indikator Intervensi Sensitif	
9	Persentase remaja putri mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD)	9	Peningkatan konsumsi ikan untuk pemenuhan gizi keluarga sasaran prioritas penurunan <i>stunting</i>
10	Persentase balita kurus yang mendapat tambahan asupan gizi	10	Persentase anak umur 6-23 bulan yang mengkonsumsi pangan yang cukup dan beragam
11	Persentase Posyandu yang memiliki cakupan pemantauan tumbuh kembang di atas 80%	11	Persentase keluarga sasaran prioritas yang miskin mendapatkan jaminan gizi dalam bantuan sosial pangan
		12	Jumlah pasangan yang mendapatkan bimbingan pra nikah dengan materi pencegahan <i>stunting</i> , paket suplementasi gizi, dan imunisasi.

Dari berbagai indikator tersebut tidak semua data tersedia dari survei tingkat nasional seperti Riskesdas, SDKI, dan Susenas. Selanjutnya, laporan ini memberikan visualisasi dan penjelasan tentang cakupan layanan, baik intervensi spesifik dan sensitif.

## Cakupan Layanan Intervensi Spesifik

Dari 11 indikator intervensi spesifik yang ada, dua indikator tidak tersedia datanya. Oleh karena itu, pada bagian ini akan disajikan kondisi 9 Indikator cakupan intervensi spesifik pada tahun 2018. Adapun dua indikator yang tidak ada datanya, yaitu sebagai berikut:

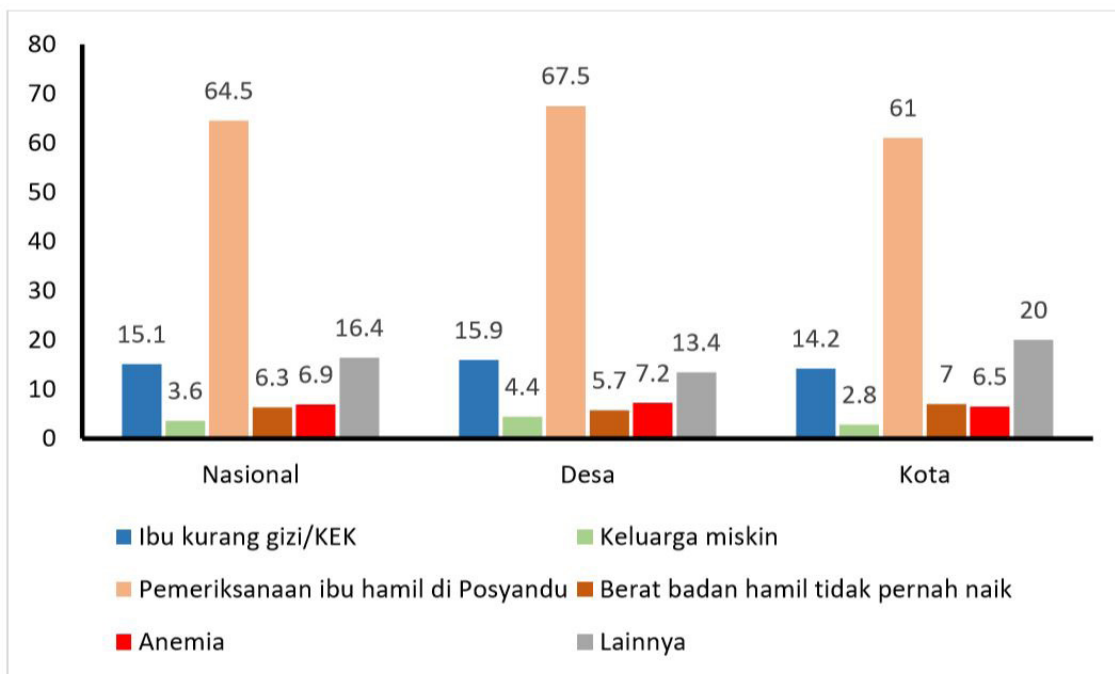
1. Persentase balita gizi buruk yang mendapat pelayanan tatalaksana gizi buruk.
2. Persentase posyandu yang memiliki cakupan pemantauan tumbuh kembang di atas 80%.

### Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) Mendapat Tambahan Asupan Gizi

Secara nasional, proporsi ibu hamil yang mendapatkan tambahan asupan gizi berupa makanan tambahan (PMT) adalah sebesar 25,2% (Riskesdas 2018). Provinsi dengan proporsi terendah adalah Papua sebesar 11,8% dan tertinggi adalah Aceh sebesar 37,7%. Jika dilihat berdasarkan tempat tinggal, ibu hamil yang mendapatkan PMT di wilayah perkotaan sebesar 20,8% sedangkan di pedesaan sebesar 30,8%.

Jika dilihat dari alasan pemberian PMT, maka 15% dikarenakan ibu hamil mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK), 6,3% dikarenakan berat badan hamil tidak mengalami kenaikan, 6,9% karena anemia, 3,6% karena miskin, dan 64,6% diberikan saat pemeriksaan kehamilan di posyandu.

**Gambar 5.1.** Proporsi Alasan Pemberian Makanan Tambahan untuk Ibu Hamil



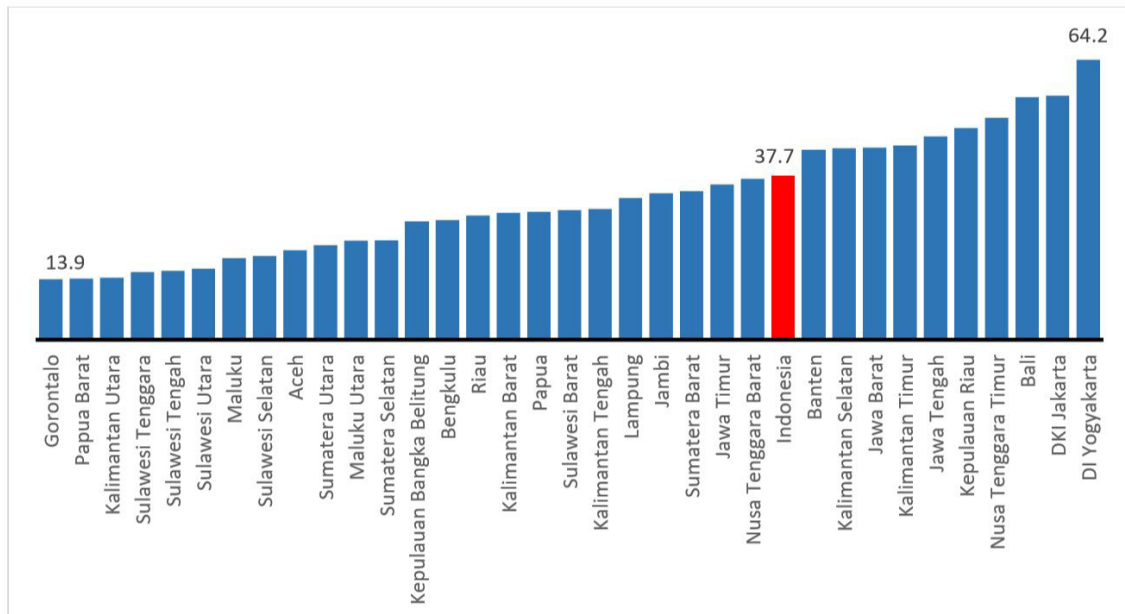
Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018: Tabel 16.2.7

Program PMT ini bertujuan mengatasi gizi kurang pada ibu hamil dengan fokus zat gizi makro maupun mikro yang diperlukan untuk mencegah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Sejak tahun 2015, Pemerintah telah melaksanakan program pemberian biskuit makanan tambahan yang dikenal dengan biskuit PMT yang mengandung makro dan multimikronutrien. Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia, cakupan ibu hamil KEK mendapat PMT tahun 2018 adalah 86,41%. PMT ini diperuntukkan bagi ibu hamil Kronik Energi Kalori (KEK) yang diberikan dalam dosis lima keping per hari. Dalam Riskesdas 2018, kategori makanan tambahan terdiri atas:

1. Makanan tambahan yang hanya diberikan setiap kali posyandu (PMT penyuluhan).
2. Makanan tambahan yang khusus diberikan untuk ibu hamil KEK, biasanya diberikan selama 90 hari makan (PMT pemulihan). Biasa diberikan di posyandu atau melalui kader/bidan/petugas puskesmas.
3. Makanan tambahan yang diperoleh dari bantuan pihak lain, contoh: sumbangan dari LSM/perusahaan atau pihak tertentu yang sedang melakukan kampanye atau promosi produk tertentu

## Persentase Ibu Hamil yang Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Minimal 90 Tablet Selama Masa Kehamilan

**Grafik 5.2.** Proporsi Ibu Hamil yang Minum TTD Minimal 90 Tablet



Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018: Tabel 16.3.1

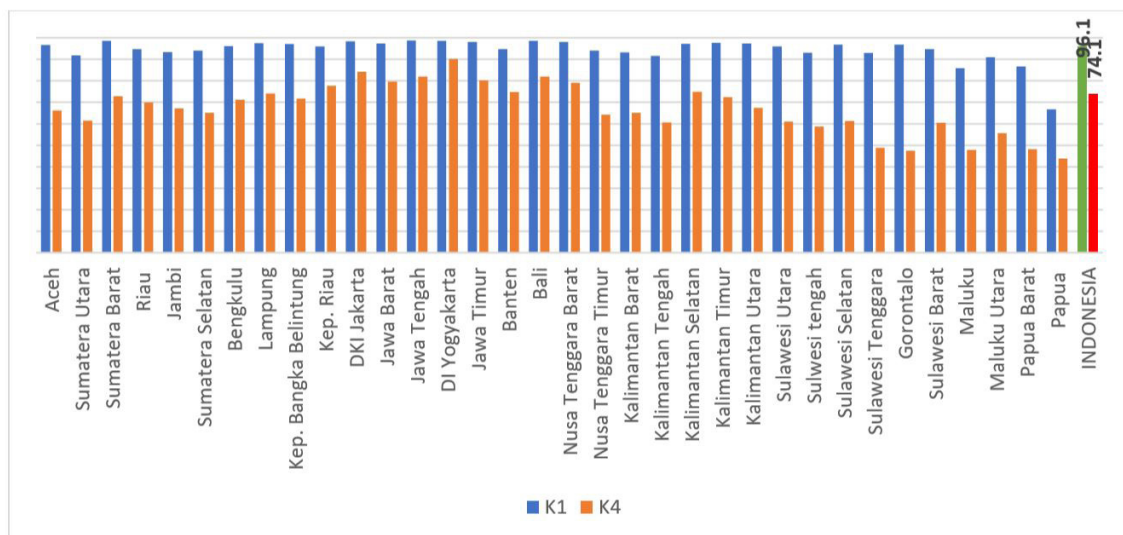
Pemberian TTD sebagai salah satu upaya penting dalam pencegahan dan penanggulangan anemia merupakan cara efektif karena dapat mencegah dan menanggulangi anemia akibat kekurangan zat besi dan atau asam folat. TTD diberikan kepada wanita usia subur dan ibu hamil. Untuk ibu hamil, TTD diberikan setiap hari selama masa kehamilannya atau minimal 90 (sembilan puluh) tablet (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan Riskesdas tahun 2018, 87,6% ibu hamil pernah menerima tablet tambah darah selama masa kehamilan. Namun demikian, dari yang menerima TTD, 49% menerima kurang dari 90 tablet dan 51% lebih dari atau sama dengan 90 tablet. Dari yang menerima 90 tablet, hanya 37,7% yang mengonsumsi di atas 90 tablet dan sisanya 62,3% kurang dari 90 tablet. Berdasarkan grafik diatas, proporsi ibu hamil yang minum TTD minimal 90 tablet terbanyak berada di Daerah Istimewa Yogyakarta, dan paling sedikit di Provinsi Gorontalo.

## Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan adalah hal penting yang harus dilakukan seorang ibu untuk memantau perkembangan janin yang dikandung dan kesehatan dirinya. Secara ideal, ibu hamil harus memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama kehamilan. Berdasarkan Riskesdas 2018, tercatat 96,1% ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya minimal 1 kali selama periode kehamilannya. Sementara itu, yang memeriksakan kehamilan sebanyak 4 kali, hanya 74,1%. Jika dilihat berdasarkan wilayah, provinsi dengan proporsi K1 dan K4 terendah adalah Provinsi Papua (K1 66,8% dan K4 43,8%), sedangkan tertinggi adalah Yogyakarta (K1 98,7% dan K4 90,2%).

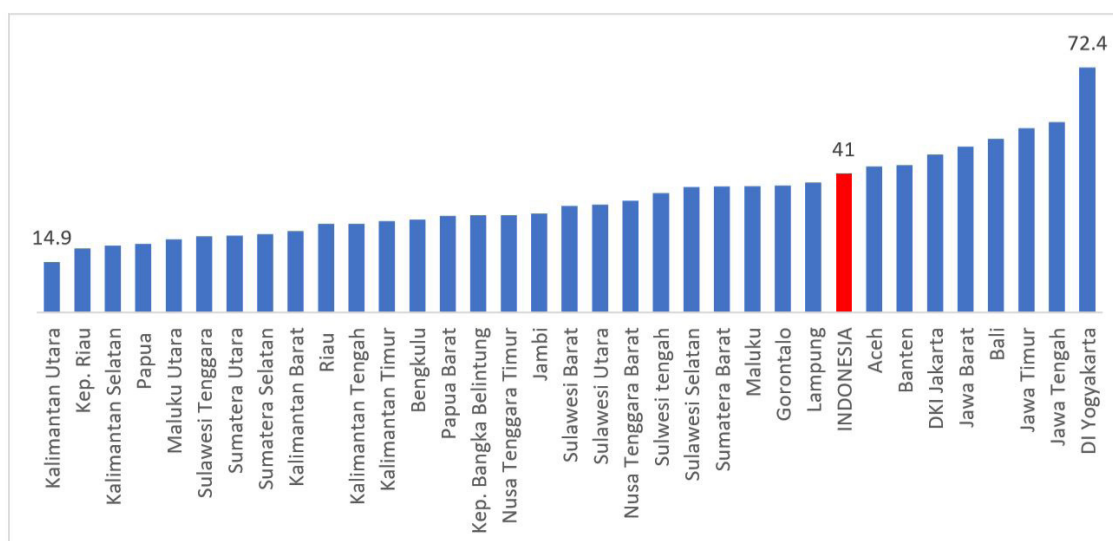
**Grafik 5.3.** Proporsi Pemeriksaan Kehamilan K1 dan K4 Pada Perempuan Usia 10 -54 tahun



## Pemberian MP-ASI Sesuai Rekomendasi pada Baduta

Pemberian MP-ASI sesuai rekomendasi pada baduta menggunakan pendekatan proporsi anak yang menerima pemberian makanan tambahan (PMT). Berdasarkan data Riskesdas 2018, secara nasional balita yang menerima PMT adalah 41%. Sementara itu untuk anak usia 6-23 bulan sebesar 40,8%; dengan rincian 37% pada usia 6-11 bulan dan 44,6% pada usia 12-23 bulan.

**Grafik 5.4.** Proporsi Anak Umur 6 – 59 Bulan  
Memperoleh PMT dan PMT Program Menurut Provinsi



Sumber: Tabel 16.6.1 Laporan Nasional Riskesdas 2018

Grafik di atas menunjukkan proporsi balita yang mendapatkan PMT berdasarkan wilayah. Provinsi dengan proporsi balita mendapatkan PMT tertinggi adalah Daerah Istimewa Yogyakarta (72,4%), sedangkan provinsi dengan proporsi terendah adalah Kalimantan Utara (14,9%). Jika dilihat berdasarkan desa – kota, maka di perkotaan proporsinya sedikit lebih tinggi (41,8%) jika dibandingkan dengan di perdesaan (40,1%).

## **Persentase Balita Gizi Buruk yang Menerima Tata Laksana Gizi Buruk**

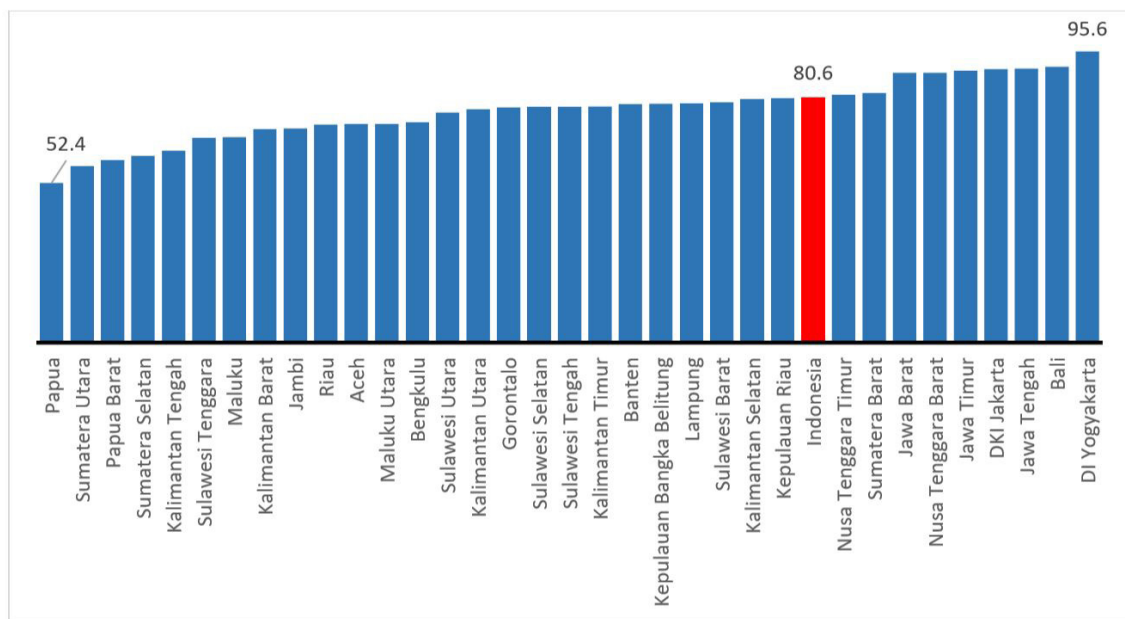
Data balita yang mengalami gizi buruk dan menerima layanan tata laksana gizi buruk saat ini belum tersedia, baik dari hasil survei maupun data program.

## **Persentase Balita yang Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangannya Setiap Bulan**

Pemantauan pertumbuhan balita adalah proses yang sangat penting untuk mengetahui status perkembangannya, baik melalui penimbangan berat badan maupun pengukuran panjang atau tinggi badan. Berdasarkan Riskesdas 2018, proporsi balita yang ditimbang dalam 12 bulan terakhir adalah 80,6%. Sepuluh provinsi mempunyai proporsi yang lebih tinggi dari angka nasional, dengan Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki proporsi penimbangan tertinggi, yaitu 95%. Sementara itu, 24 provinsi berada di bawah rata-rata nasional, dengan tingkat kunjungan terendah berada di Papua yaitu 52,4%.



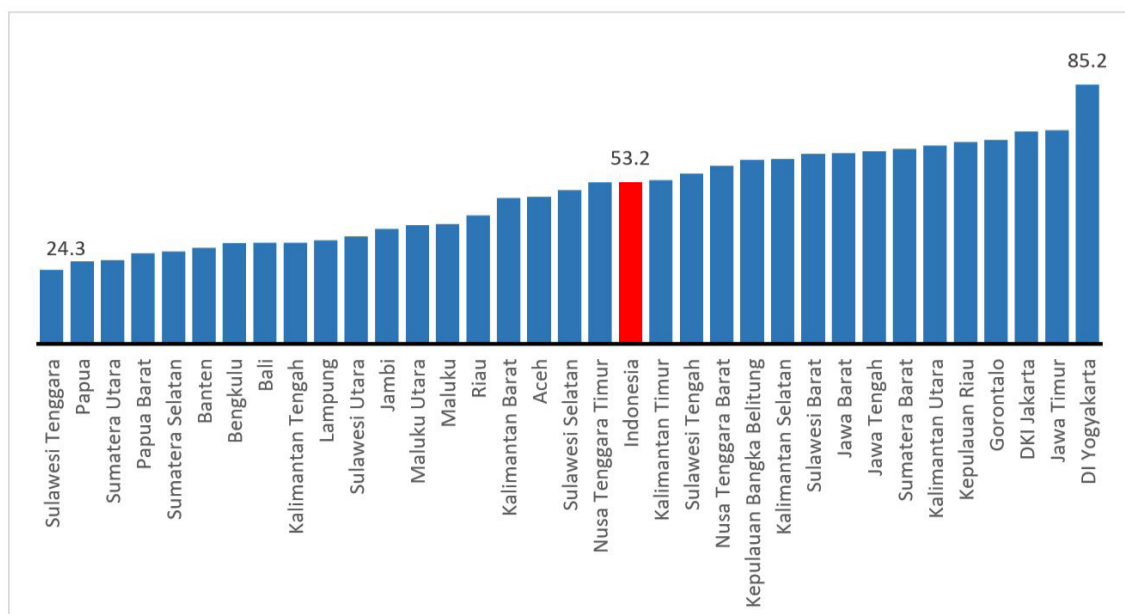
**Grafik 5.5.** Persentase Balita yang Ditimbang dalam Satu Tahun Terakhir



Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018: Tabel 15.5.1

Sedangkan proporsi pengukuran panjang dan tinggi badan adalah 53,2% atau baru setengah dari total balita. Seperti halnya dengan pengukuran penimbangan, Daerah Istimewa Yogyakarta menjadi provinsi dengan tingkat pengukuran tertinggi, yaitu 85,2%. Sementara itu Sulawesi Tenggara adalah provinsi dengan tingkat pengukuran terendah yaitu 24,3%.

**Grafik 5.6.** Persentase Balita yang Diukur Panjang/Tinggi dalam Satu Tahun Terakhir

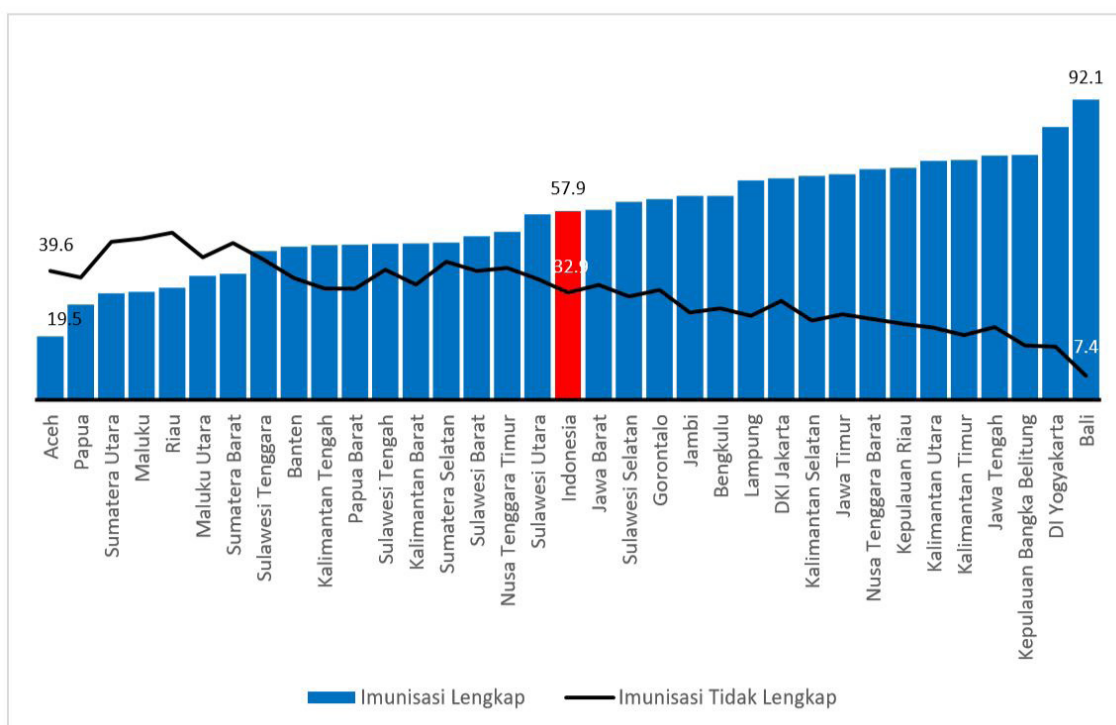


Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018: Tabel 15.5.1

## Persentase Balita Memperoleh Imunisasi

Berdasarkan Riskesdas 2018, proporsi anak yang memperoleh imunisasi dasar lengkap sebesar 57,9%. Proporsi imunisasi dasar lengkap tertinggi di Provinsi Bali dan terendah di Provinsi Aceh. Pengetahuan, sikap dan motivasi orang tua serta informasi tentang imunisasi merupakan faktor yang mempengaruhi kelengkapan pemberian imunisasi dasar pada bayi. Peran petugas imunisasi dalam memberikan pengetahuan dan informasi imunisasi merupakan salah satu tindakan paling penting dan spesifik untuk mencegah penyakit, yaitu dengan memberikan informasi atau penyuluhan kesehatan tentang imunisasi. Berdasarkan hal ini, para petugas kesehatan disarankan meningkatkan promosi kesehatan terutama tentang imunisasi.

**Grafik 5.7.** Proporsi Imunisasi Dasar Lengkap 2018



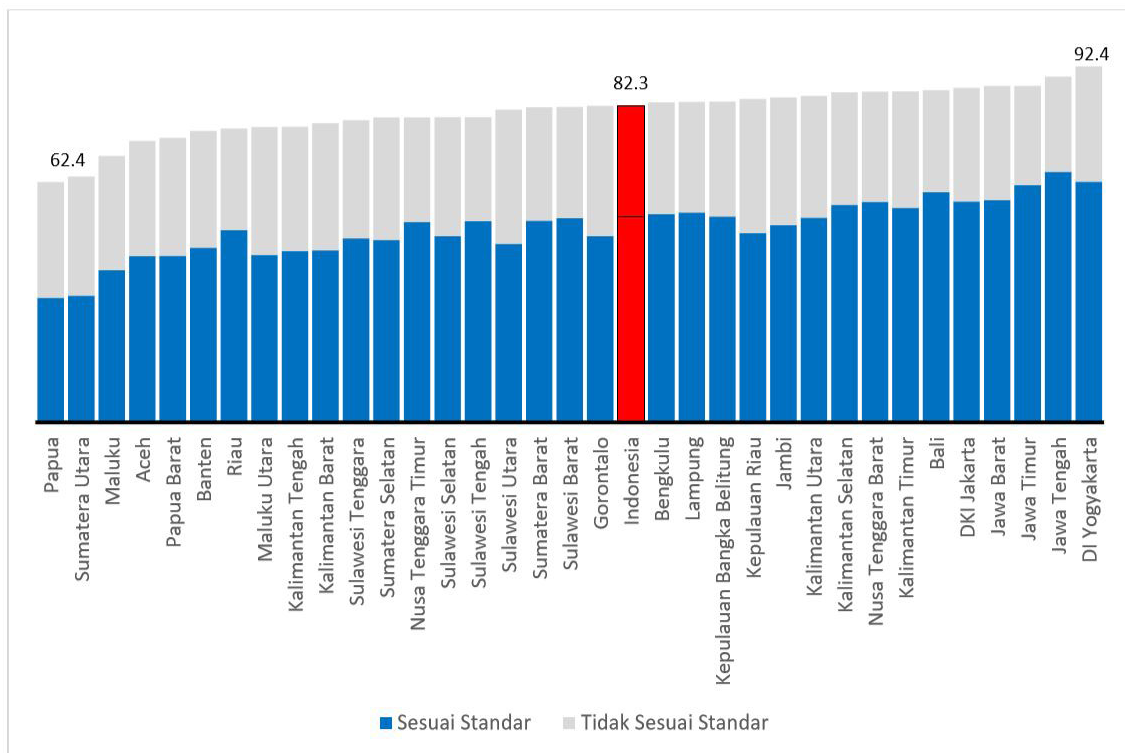
Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018: Tabel 15.4.3

Keterangan: Untuk bayi usia 12-23 bulan

## Persentase Balita Memperoleh Suplementasi Kapsul Vitamin A

Kurang Vitamin A (KVA) masih merupakan masalah terbesar di seluruh dunia, terutama di negara berkembang dan dapat terjadi pada semua umur, terutama pada masa pertumbuhan. Secara nasional, berdasarkan data Riskesdas 2018, proporsi balita yang sudah memperoleh vitamin A sebesar 82,3% dimana 53,5%-nya sesuai dengan standar, yaitu 2 kali 1 tahun dengan dosis sesuai umur. Jika dilihat berdasarkan provinsi di hampir seluruh provinsi di Indonesia, proporsi pemberian kapsul vitamin A yang pemberiannya sesuai standar lebih besar jika dibandingkan yang tidak sesuai standar. Hal ini terkecuali terjadi di Provinsi Sumatera Utara dan Papua, dimana proporsi pemberian kapsul vitamin A yang sesuai dan tidak sesuai standar hampir sama. Provinsi DI Yogyakarta merupakan provinsi dengan proporsi pemberian vitamin A tertinggi (92,4%). Sementara itu Provinsi Papua merupakan provinsi dengan proporsi pemberian vitamin A terendah, yaitu hanya 62,4%.

**Grafik 5.8.** Proporsi Pemberian Kapsul Vitamin A



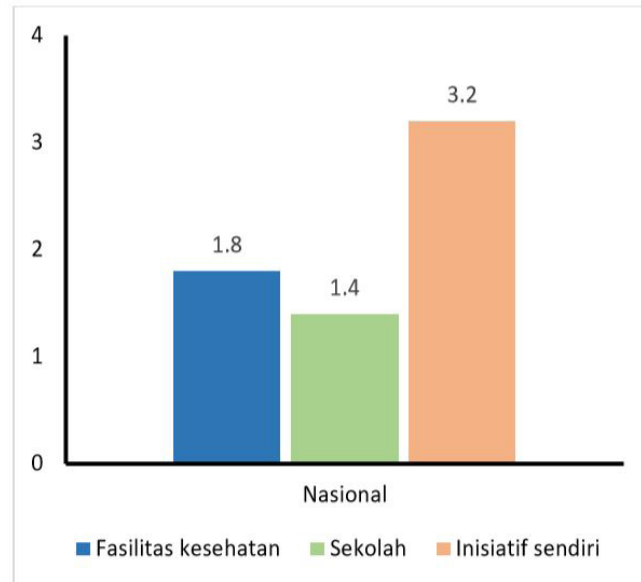
Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018: Tabel 15.4.9

Keterangan: Untuk anak usia 6-59 bulan

Jumlah TTD yang direkomendasikan untuk dikonsumsi oleh remaja putri minimal 52 tablet dalam satu tahun. Namun demikian, kenyataannya sedikit sekali remaja putri yang memperoleh TTD lebih dari 52 tablet. Terlaporkan bahwa hanya 2,9% saja yang menerima lebih dari 52 tablet di fasilitas kesehatan dan yang mengkonsumsi lebih dari 52 tablet/tahun hanya 1.8%. Sedangkan di

sekolah hanya sebesar 3,7% dengan konsumsi di atas 52 tablet sejumlah 1,4%. Sementara remaja putri yang memperoleh TTD dengan inisiatif sendiri (4%), tercatat 3,2% mengonsumsi di atas 52 tablet/tahun.

**Grafik 5.9.** Persentase Remaja Putri Mengonsumsi TTD  $\geq$  52 Butir



Sumber: Laporan Nasional Riskesdas 2018: Tabel 16.1.6

Keterangan: Pertanyaan adalah untuk konsumsi dalam setahun terakhir

Pemberian TTD adalah salah satu bentuk intervensi prioritas kepada remaja putri, wanita usia subur (WUS), dan ibu hamil. Ini merupakan tindakan preventif untuk mengatasi masalah anemia, baik untuk remaja putri, ibu hamil, dan WUS.

## **Persentase Balita Kurus yang Mendapat Tambahan Asupan Gizi**

Riskesdas 2018 tidak menyediakan data khusus tentang balita kurus yang memperoleh makanan tambahan asupan gizi. Riskesdas 2018 hanya menyediakan data balita yang memperoleh PMT, jumlah yang diperoleh, jumlah yang dihabiskan dan alasan memperoleh PMT.

Berdasarkan data Riskesdas 2018, proporsi balita yang memperoleh PMT sebesar 41%. Alasan memperoleh PMT yang disebabkan oleh balita kurus sebesar 3,7%, sementara yang lainnya dikarenakan gizi buruk (0,7%), gizi kurang (2,8%), berat badan tidak naik (3,2%), dan alasan lainnya. Namun demikian berdasarkan data program dari Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan, proporsi balita kurus yang mendapatkan makanan tambahan tahun 2018 sebesar 83,9%.

## **Persentase Posyandu yang Memiliki Cakupan Pemantauan Pertumbuhan di Atas 80%**

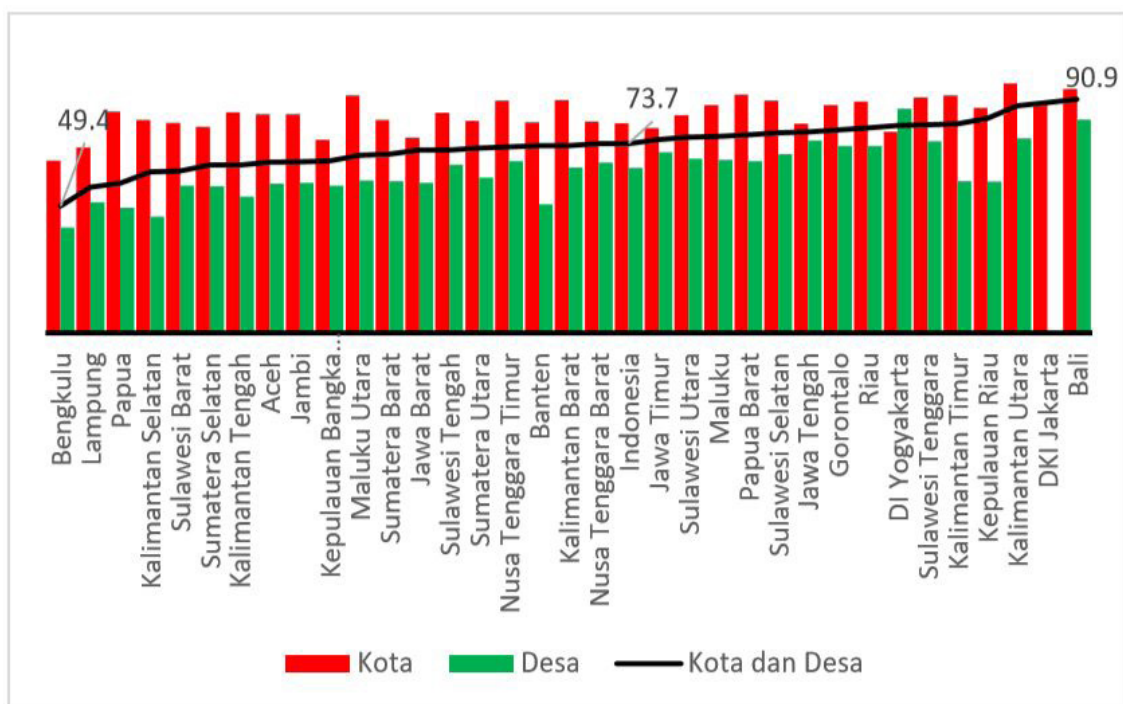
Data tentang persentase posyandu yang memiliki cakupan pemantauan pertumbuhan saat ini belum tersedia, baik data survei maupun data program.

## **Cakupan Layanan Intervensi Sensitif**

### **Penyediaan Akses Air Minum Layak Bagi Sasaran Prioritas**

Merujuk data pada data tahun 2018, satu dari empat rumah tangga masih belum memiliki akses air minum layak secara nasional. Rumah tangga yang mempunyai akses air minum layak sebesar 73,7%. Cakupan air minum layak bervariasi antar provinsi, mulai dari Bengkulu hingga Bali. Separuh rumah tangga di Bengkulu belum memiliki akses terhadap air minum layak. Sementara itu hanya 1 dari 10 rumah tangga di Bali belum memiliki akses terhadap air minum layak. Di hampir seluruh provinsi, cakupan air minum layak di perkotaan selalu lebih baik daripada di pedesaan. Disparitas ini sangat terasa, yaitu selisih 17% poin pada tingkat nasional, dan merentang antara 9 hingga 38% poin di berbagai provinsi. Kasus khusus adalah DI Yogyakarta dengan kualitas air minum layak lebih baik di pedesaan (87%) daripada perkotaan (78%).

**Grafik 5.10.** Persentase Rumah Tangga dengan Air Minum Layak (2018)

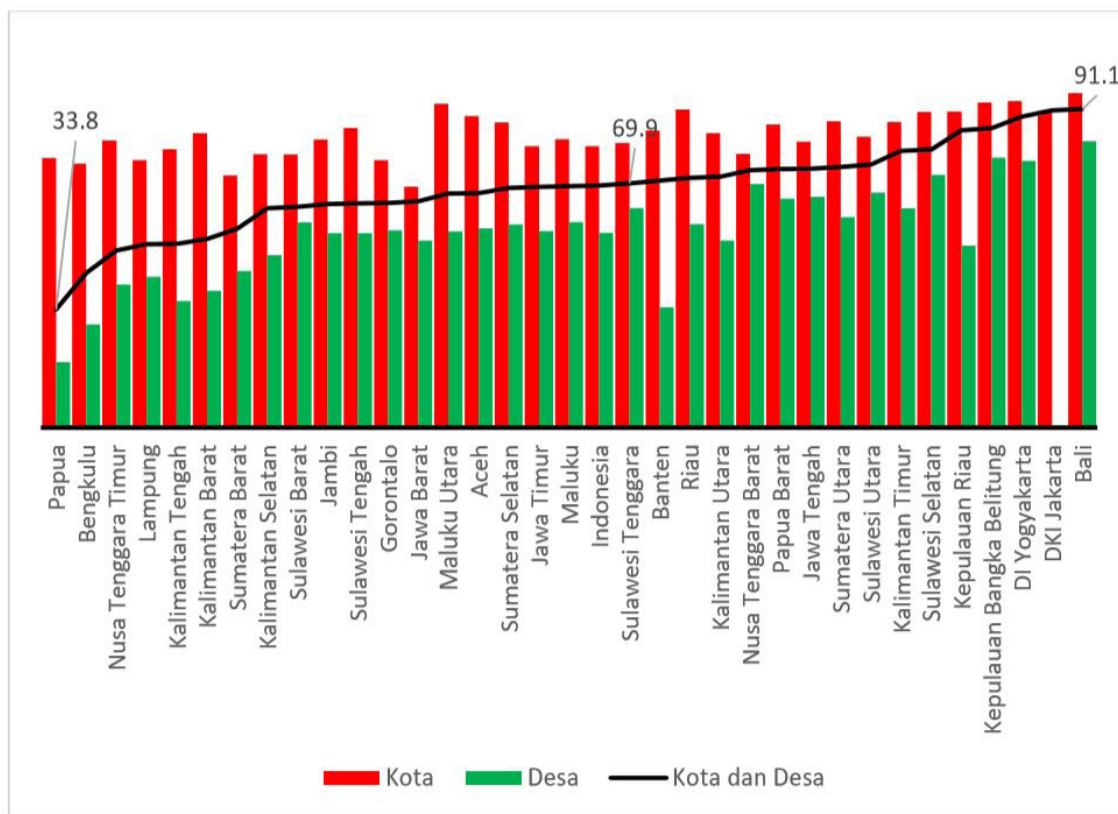


Sumber: BPS

## Penyediaan Akses Sanitasi (Air Limbah Domestik) yang Layak bagi Sasaran Prioritas

Sebanyak 3 dari 10 rumah tangga tidak punya akses terhadap sanitasi layak secara nasional. Rumah tangga yang mempunyai akses terhadap sanitasi layak adalah 69,9%. rumah tangga di perkotaan relatif lebih baik daripada di pedesaan. Secara nasional, hanya 2 dari 10 rumah tangga di perkotaan tidak punya akses terhadap sanitasi layak, sedangkan di pedesaan adalah 4 dari 10 rumah tangga. Hanya 34% rumah tangga memiliki akses terhadap sanitasi layak di Papua, dengan disparitas sebesar 77% di perkotaan dan 19% di pedesaan. Akses sanitasi paling banyak adalah Bali, dimana 9 dari 10 rumah tangga memiliki akses sanitasi yang layak. Disparitas antara perkotaan dan pedesaan di Bali tidak terlalu besar dibandingkan provinsi lain, yaitu 96% dan 82% secara berturut-turut.

**Grafik 5.11.** Persentase Rumah Tangga dengan Sanitasi Layak (2018)



Sumber: BPS

## Penyediaan Akses Jaminan Kesehatan bagi Keluarga Miskin Sasaran Prioritas

Akses jaminan kesehatan diberikan kepada seluruh warga negara Indonesia. Namun demikian untuk masyarakat yang masuk dalam kelompok miskin, tidak diwajibkan untuk membayar iuran, atau dengan kata lain ditanggung oleh negara. Pada tahun 2018, berdasarkan data dari BPJS Kesehatan, jumlah

Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan yang bersumber dari APBN adalah 92,27 juta atau sekitar 46,92% dari total peserta.

## **Penyediaan Akses Kepada Layanan Keluarga Berencana (KB) Pasca Persalinan**

Keikutsertaan dalam Program Keluarga Berencana sangat penting untuk mengatur jarak antar kelahiran. Dengan adanya jarak antar kelahiran yang baik, diharapkan ibu mempunyai kesempatan untuk mengasuh dan menyediakan asupan gizi yang baik bagi anaknya, sehingga status gizi anak menjadi sangat baik. Berdasarkan data Susenas 2018, wanita usia subur (usia 10 – 54 tahun) yang mengikuti keluarga berencana sebesar 47,9%. Sementara itu, menurut Riskesdas 2018, jika dilihat dari alat KB yang digunakan pasca melahirkan, sebagian besar menggunakan suntikan untuk 3 bulan (42,4%), diikuti dengan pil (8,5%), dan IUD/spiral /AKDS (6,6%). Selain itu, digunakan juga suntikan untuk 1 bulan (6,7%), *implant*/susuk KB (4,7%), dan sterilisasi (3,1%). Sisanya menggunakan kondom dan sterilisasi pria.

## **Penyediaan Akses Bantuan Tunai Bersyarat untuk Keluarga Miskin**

Indikator ini akan didekati dengan jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH), yaitu program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin dan rentan yang terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin. Data ini diolah oleh Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial dan ditetapkan sebagai keluarga penerima manfaat/KPM-PKH. PKH menjadi Program Prioritas Nasional (PN) dilaksanakan oleh Kementerian Sosial dan bekerja sama dengan mitra lintas sektor sejak tahun 2007.

Pada awalnya, program didesain hanya untuk kelompok paling miskin agar mendapatkan akses kesehatan bagi ibu dan anak sejak dalam kandungan dan akses pendidikan sehingga dapat memutus rantai kemiskinan antar generasi. Pada tahun 2018, berdasarkan data program, jumlah keluarga penerima manfaat PKH adalah 10 juta rumah tangga. Hanya saja data keluarga penerima manfaat program belum dibagi berdasarkan keluarga 1000 HPK.



## Fasilitasi Pengarusutamaan Gender dan Perlindungan Anak dalam Percepatan Pencegahan *Stunting*

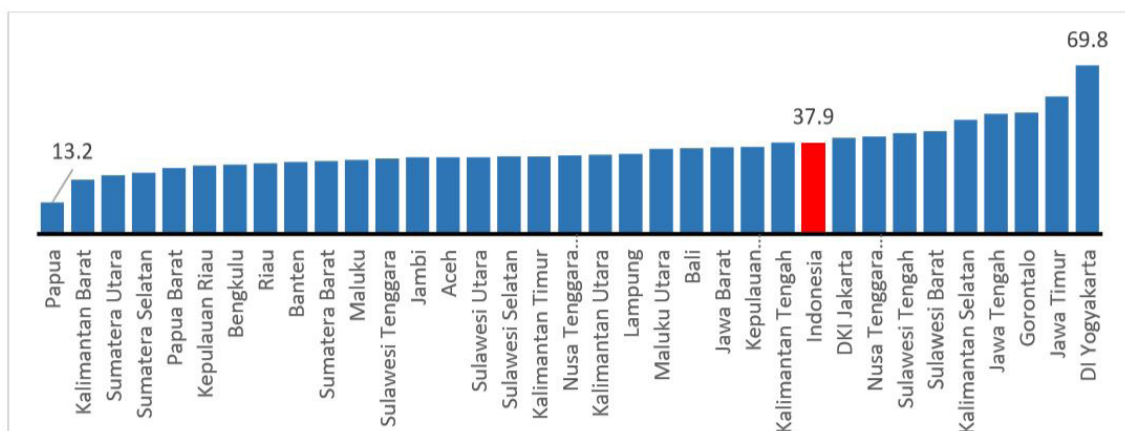
Pengarusutamaan gender dan perlindungan anak dalam percepatan pencegahan *stunting* sangat penting dilakukan. Selama ini percepatan pencegahan *stunting* selalu diasumsikan sebagai domain kaum perempuan, bahkan kaum perempuan pun seringkali dijadikan sebagai objek pelaksanaan program, bukan dijadikan subjek. Selain itu, perlu juga dilakukan perlindungan kepada anak-anak agar tidak terjadi *stereotype* negatif kepada anak-anak yang mengalami *stunting*.

Namun, hingga saat ini belum ada data terkait dengan pengarusutamaan gender dan perlindungan anak yang berhubungan dengan percepatan pencegahan *stunting*. Data yang ada adalah Indeks Pembangunan Gender (IPG). Pada tahun 2018 IPG sebesar 90,99 poin; sementara target IPG pada tahun 2024 adalah 91,39 poin.

## Angka Partisipasi PAUD

Angka Partisipasi Kasar (APK) mengikuti PAUD secara nasional adalah 38%. Pada level provinsi APK bervariasi dari Papua (13%) sampai D.I Yogyakarta (70%). APK mengukur rasio jumlah siswa yang berpartisipasi dalam PAUD terhadap jumlah penduduk kelompok usia yang berkaitan dengan jenjang pendidikan PAUD. Kelemahan dari APK adalah angka ini masih *over estimate* karena mengikutsertakan siswa di PAUD berapa pun umurnya. Padahal bisa saja siswa tersebut seharusnya tidak lagi sekolah di PAUD karena sudah berusia 8 tahun.

**Grafik 5.12.** Angka Partisipasi Kasar PAUD (2018)



Sumber: BPS



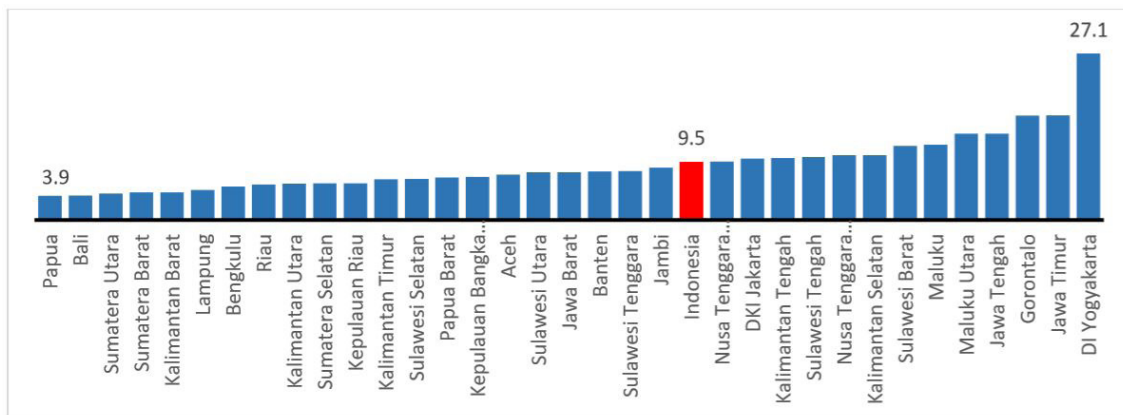
**Tabel 5.2.** Persentase Balita yang Mengikuti PAUD (\*)

Usia	A	B	C	D	E	Partisipasi
0			0,07			0,07
1			0,24		0,08	0,32
2			1,57	0,33	0,11	2,02
3			8,48	1,64	0,24	10,4
4	12,3	1,67	18,1	1,99	0,18	34,3
5	44,7	4,82	17,4	0,11	0,21	67,2
0-4	2,48	0,34	5,74	0,80	0,12	9,5

Sumber: Susenas, diolah

(\*) Keterangan: A: Taman Kanak-kanak, B: Bustanul Athfal/Raudatul Athfal, C: PAUD terintegrasi BKB/Taman Posyandu/PAUD-TAAM, PAUD-PAK, PAUD-BIA, TKQ, dll, D: Kelompok Bermain, E: Taman Penitipan Anak

Sebagai alternatif, Tabel 5.1 menunjukkan persentase balita yang mengikuti PAUD, terbagi sesuai klasifikasi usia, mulai dari 0 hingga 5 tahun. Baris paling bawah menunjukkan persentase balita (0-4 tahun) yang mengikuti PAUD. Secara umum, partisipasi balita terhadap PAUD adalah 9,5%. Sesuai dengan ekspektasi terjadi peningkatan signifikan untuk partisipasi PAUD pada usia 3 tahun dan 4 tahun. Peningkatan signifikan ini terjadi pada PAUD terintegrasi BKB/Taman Posyandu/PAUD-TAAM, PAUD-PAK, PAUD-BIA, TKQ, dan lembaga sejenis. Selanjutnya diikuti oleh kategori Taman Kanak-Kanak.

**Grafik 5.13.** Partisipasi Balita di PAUD (2018)

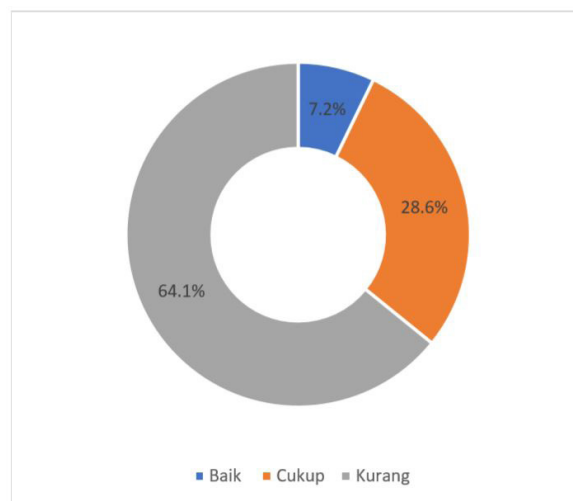
Sumber: Susenas, diolah

Pada tingkat provinsi partisipasi balita bervariasi, mulai dari Papua (3,9%) hingga DI Yogyakarta (27%) (Gambar 5.15). Perbedaan signifikan terjadi antara Gorontalo dan Jawa Timur dengan DI Yogyakarta. Dua provinsi pertama memiliki tingkat partisipasi 17%, sedangkan DI Yogyakarta memiliki partisipasi 10% poin lebih tinggi.

## **Persentase Target Sasaran Komunikasi yang Memiliki Pemahaman Memadai Tentang *Stunting***

Pemahaman yang baik dari masyarakat tentang *stunting*, baik itu penyebab, dampak dan cara mengatasinya sangatlah penting. Karena dengan adanya pemahaman (*knowledge*), diharapkan masyarakat akan mempunyai kesadaran (*awareness*) pentingnya pencegahan *stunting* sehingga kemudian melakukan tindakan-tindakan (*practices*) yang diperlukan untuk pencegahan *stunting*. Berdasarkan survei persepsi yang dilakukan oleh Kementerian Komunikasi dan Informatika pada tahun 2018, masyarakat yang mempunyai persepsi yang baik sebesar 7,2%; pemahaman cukup sebesar 28,6%; dan 64,1% masih mempunyai pemahaman yang kurang baik. Survei dilakukan oleh Kemenkominfo pada tahun 2018 di 30 kabupaten/kota.

**Gambar 5.2.** Hasil Survei Persepsi Masyarakat tentang *Stunting* tahun 2018



## **Peningkatan Konsumsi Ikan untuk Pemenuhan Gizi Keluarga Sasaran Prioritas Penurunan *Stunting***

Ikan merupakan salah satu sumber protein hewani yang sangat baik dan diperlukan oleh ibu hamil, ibu menyusui dan anak balita (Keluarga 1000 HPK). Oleh karena itu, peningkatan konsumsi ikan sangatlah penting bagi keluarga 1000 HPK. Data konsumsi ikan yang tersedia bersumber dari data Susenas. Konsumsi yang diterbitkan BPS setiap tahun. Hanya saja, data tersebut belum secara khusus disediakan untuk keluarga 1000 HPK dan masih data rata-rata konsumsi per kapita per minggu.

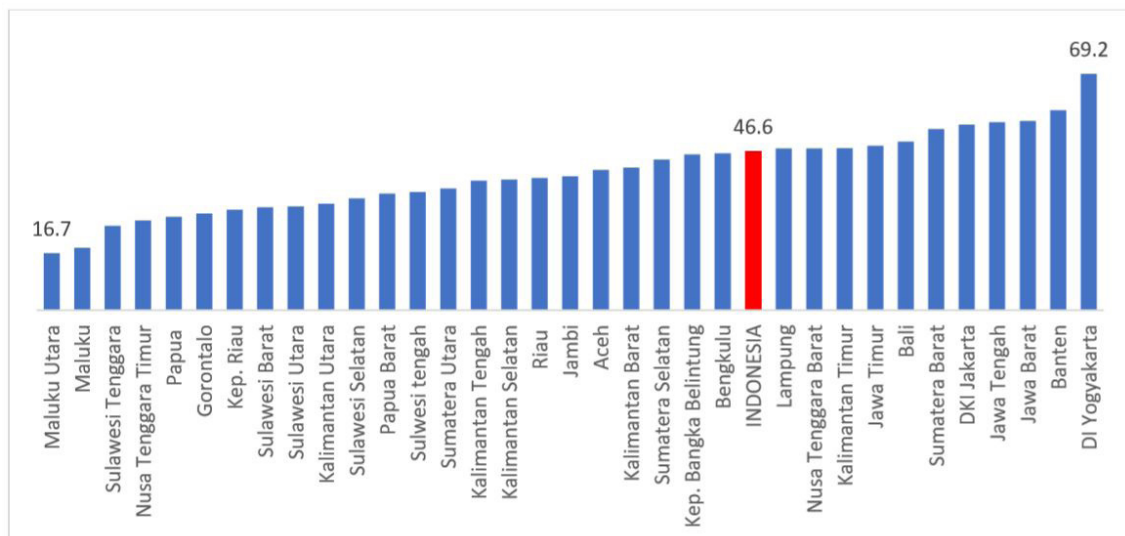
Berdasarkan data Susenas tersebut (2018) rata-rata konsumsi ikan dan udang segar per kapita per minggu adalah 0,324 kg. Ikan segar yang dikonsumsi meliputi ikan darat, laut, dan udang. Sementara itu, untuk konsumsi ikan dan udang yang diawetkan rata-rata per kapita per minggu sebanyak 0,429 kg.

## Persentase Anak Umur 6-23 Bulan yang Mengonsumsi Pangan Cukup dan Beragam

Dalam upaya memenuhi kebutuhan gizi pada anak yang telah mencapai usia 6 bulan, mereka harus memperoleh makanan pendamping air susu ibu (MPASI). MPASI harus diberikan secara bertahap sesuai dengan usianya dan menggunakan jenis makanan beragam. Keragaman makanan sangat penting agar kebutuhan gizi anak, baik itu gizi makro dan gizi mikro dapat terpenuhi. Makanan beragam yang dimaksud adalah mengonsumsi minimal empat jenis makanan dari tujuh kelompok makanan, yaitu sereal dan umbi-umbian, kacang-kacangan, susu dan olahannya, daging dan ikan, telur, sayur dan buah sumber vitamin A dan sayur dan buah-buahan lainnya.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, proporsi anak usia 6–23 bulan yang mengonsumsi makanan beragam adalah 46,6%. Jika dilihat berdasarkan provinsi, provinsi dengan proporsi balita yang mengonsumsi makanan beragam terendah adalah Maluku (18,2%) dan Maluku Utara (16,7%). Sementara itu, provinsi dengan proporsi tertinggi adalah DI Yogyakarta (69,2%) dan Banten (58,5%).

**Grafik 5.14.** Proporsi Konsumsi Beragam pada Balita



Sumber: Tabel 16.5.14 Laporan Nasional Riskesdas 2018

## Persentase Keluarga Sasaran Prioritas Miskin yang Mendapatkan Jaminan Gizi dalam Bantuan Sosial Pangan

Pemerintah memberikan bantuan pangan kepada 40% masyarakat termiskin untuk menjamin kebutuhan asupan pangan dan gizi melalui Program Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT). Program ini dilaksanakan melalui mekanisme pemberian bantuan dana melalui bank untuk setiap Keluarga Penerima Manfaat (KPM). KPM akan memperoleh Kartu ATM yang dapat dimanfaatkan untuk membeli bahan pangan di warung (kemudian disebut sebagai e-warung) yang

ditunjuk oleh pemerintah untuk menyediakan bahan pangan. Bahan pangan yang disediakan adalah beras sebagai sumber karbohidrat dan telur sebagai sumber protein.

Pada tahun 2018, berdasarkan data program, jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program BPNT sebanyak 15,5 juta jiwa. Namun demikian data KPM ini belum dapat dikelompokkan secara khusus untuk kelompok sasaran prioritas percepatan pencegahan *stunting*, yaitu keluarga 1000 HPK.

### **Jumlah Pasangan yang Mendapatkan Bimbingan Pra Nikah dengan Materi Pencegahan *Stunting*, Paket Suplementasi Gizi, dan Imunisasi.**

Data tentang bimbingan pranikah yang diberikan kepada calon pengantin belum terkonsolidasi dengan baik. Selama ini bimbingan pra nikah dilakukan baik oleh agama Islam, Kristen Protestan, Kristen, Katolik, Hindu dan Budha.

# BAB 6

## PENUTUP

Laporan *baseline* ini diterbitkan untuk memberikan informasi kepada masyarakat tentang kondisi awal terkait *stunting* dan faktor yang berpengaruh terhadap prevalensi *stunting*. Selain itu, laporan awal ini juga dapat berfungsi untuk memberikan gambaran secara sederhana tentang konvergensi layanan dasar yang diperlukan oleh rumah tangga. Laporan awal ini juga akan dijadikan dasar ketika dilakukan *mid term review* dan evaluasi akhir pelaksanaan program.

**Lampiran 1.**  
**Ringkasan Data *Baseline* Program Percepatan Pencegahan *Stunting***  
**2018 – 2024**

Level Dampak		Indikator	Sumber Data	Data Awal (2018)
Outcome	1	Prevalensi <i>Stunting</i> pada balita dan baduta di tingkat nasional dan kabupaten/kota	Riskesdas	30,8% (Balita) 29,9% (Baduta)
	2	Jumlah anak <i>stunting</i> yang berhasil dicegah bertambah setiap tahun	Riskesdas dan SUSENAS	Jumlah Anak <i>Stunting</i> : Balita: 7,3 juta orang. Baduta: 2,75 juta orang
	3	Jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan prevalensi <i>stunting</i> bertambah setiap tahun	Riskesdas & SSGI	34 Kab/Kota:< 20%; 181 Kab/Kota: 20% – 30%, 299 Kab?Kota > 30%
Intermediate Outcome	1	Penurunan prevalensi anemia pada ibu hamil	Riskesdas	48,9%
	2	Penurunan prevalensi diare balita	Riskesdas	12,3%
	3	Penurunan prevalensi gizi buruk (kurus dan sangat kurus) balita	Riskesdas	17,7%
	4	Peningkatan prevalensi ASI eksklusif	Riskesdas	74,5%
	5	Penurunan prevalensi bayi BBLR	Riskesdas	6,2%
	6	Prevalensi balita ISPA	Riskesdas	12,8%
Output Intervensi Spesifik	1	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) mendapat tambahan asupan gizi*	Riskesdas	Bumil mendapatkan PMT: 25,2% dan 15% nya dikarenakan KEK
	2	Persentase ibu hamil yang mengonsumsi tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan	Riskesdas	37,7%
	3	Ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan	Riskesdas	K1: 96,1%. K4: 74,1%.
	4	Pemberian MP-ASI sesuai rekomendasi pada baduta	Riskesdas	41%
	5	Persentase balita gizi buruk yang mendapat pelayanan tatalaksana gizi buruk	Data Program	NA
	6	Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya setiap bulan	Riskesdas	Ditimbang: 80,6% Diukur: 53,2%
	7	Persentase balita memperoleh imunisasi	Riskesdas	57,9%

Level Dampak	Indikator		Sumber Data	Data Awal (2018)
	8	Persentase balita mendapatkan vitamin A	Rsikesdas	82,3%
	9	Persentase remaja putri mengonsumsi tablet tambah darah (TTD)	Riskesdas	76,2% memperoleh TTD.  Konsumsi >52 tablet: <ul style="list-style-type: none"><li>• Di faskes 1,8%</li><li>• Di sekolah: 1,4%</li><li>• Inisiatif sendiri: 3,2%</li></ul>
	10	Persentase balita kurus yang mendapat tambahan asupan gizi**	Riskesdas	Balita mendapatkan PMT: 41%.  Memperoleh PMT yang disebabkan oleh balita kurus adalah sebesar 3,7%,
	11	Persentase posyandu yang memiliki cakupan pemantauan tumbuh kembang di atas 80%	NA	NA
Output Intervensi Sensitif	1	Penyediaan akses air minum layak bagi sasaran prioritas	Susenas	73,7%
	2	Penyediaan akses sanitasi (air limbah domestik) yang layak bagi sasaran prioritas	Susenas	69,9%
	3	Penyediaan akses Jaminan Kesehatan bagi keluarga miskin sasaran prioritas	Susenas	94,2 juta orang
	4	Penyediaan akses kepada layanan Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan	Riskesdas	47,9%
	5	Penyediaan akses bantuan tunai bersyarat untuk keluarga miskin	Susenas	10 juta KPM
	6	Fasilitasi pengarusutamaan gender dan perlindungan anak dalam percepatan penurunan <i>stunting</i>	NA	NA
	7	Angka Partisipasi PAUD	Susenas	37,9%
	8	Persentase target sasaran komunikasi yang memiliki pemahaman yang memadai tentang <i>stunting</i>	Survei Persepsi	7,2%

Level Dampak	Indikator		Sumber Data	Data Awal (2018)
	9	Peningkatan konsumsi ikan untuk pemenuhan gizi keluarga sasaran prioritas penurunan <i>stunting</i>	Susenas Konsumsi	Ikan segar: 0,324 kg/kapita/minggu  Ikan yang diawetkan: 0,429 kg/kapita/minggu.
	10	Persentase anak umur 6-23 bulan yang mengkonsumsi pangan yang cukup dan beragam	Riskesdas	46,6%
	11	Persentase / jumlah keluarga sasaran prioritas yang miskin mendapatkan jaminan gizi dalam bantuan sosial pangan	Susenas/ Data Program	15,5 juta orang
	12	Jumlah pasangan yang mendapatkan bimbingan pra nikah dengan materi pencegahan <i>stunting</i> , paket suplementasi gizi, dan imunisasi.	Data Program	NA

Catatan:

\* Pada Riskesdas tidak terdapat data secara spesifik yang menjelaskan data Bumil KK yang memperoleh PMT. Data yang digunakan pada laporan *baseline* ini adalah Data Bumil yang mendapatkan PMT; dan alasan mendapatkan PMT salah satunya karena KEK.

\*\* Pada Riskesdas tidak terdapat secara spesifik data balita kurus yang mendapatkan PMT. Yang tersedia adalah data balita yang mendapatkan PMT; dan alasan mendapatkan PMT salah satunya karena balita kurus. Data yang digunakan dalam *baseline* ini adalah data tersebut.




**SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA  
TIM PERCEPATAN PENCEGAHAN ANAK Kerdil (*STUNTING*)/TP2AK**

**Gedung Grand Kebon Sirih, Lantai 15**  
Jl. Kebon Sirih Raya No. 35  
Jakarta Pusat 10340  
Telepon (021) 237 228  
Faksimili (021) 391 2511  
[www.stunting.go.id](http://www.stunting.go.id)

 tp2ak stunting

 tp2akstunting

 tp2akstunting

 tp2ak stunting